Münster 1935 No 94
Med DiSS
Med DiSS

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)
(Professor Dr. F. Kehrer)

# Hysterische Schein-Schwangerschaft und „Trommelbauch".

## Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westfalen)

Vorgelegt von
**Paul Kockelmann**

Druck: C. J. Fahle G. m. b. H., Münster (Westf.), Neubrückenstr. Nr. 11

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)
(Professor Dr. F. Kehrer)

# Hysterische Schein-Schwangerschaft und „Trommelbauch".

## Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westfalen)

Vorgelegt von
**Paul Kockelmann**

Druck: C. J. Fahle G. m. b. H., Münster (Westf.), Neubrückenstr. Nr. 11

Dekan: Prof. Dr. Klinge.
Berichterstatter: Prof. Dr. F. Kehrer.

1935

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

*Meiner lieben Frau Agnes*
*gewidmet.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555426_0220

**Hysterische Scheinschwangerschaft und „Trommelbauch".**

4 Fälle als Beitrag zur Erforschung der psychogenen Reaktionen unter Zergliederung der eigenartigen Krankheitsbilder und mit dem Bemühen nach den Ursachen zu fahnden, welche zu solchen Phaenomenen führen.

**Vorbemerkung.**

Drei Fragen schweben dem Arzt am Krankenbett stets vor, deren richtige Beantwortung für die Art der Behandlung wichtig ist:

1. Liegt eine organische oder eine funktionelle Störung vor?
2. Sind die vorgebrachten Beschwerden wirklich vorhanden oder simuliert?
3. Wo ist die Grenze zu ziehen zwischen einer Unwahrhaftigkeit und Verstellung einerseits und einer krankhaften Wiedergabe innerer Erlebnisse, die zwar körperliche Symptome zeitigen, die aber in einer eigenartigen und vielgestaltigen Verquickung des Körperlichen mit der Psyche begründet sind.

Gerade die dritte Frage macht dem Arzt die Arbeit oft schwer, und nur reife Erfahrung und Menschenkenntnis können hier helfen. — Wir sind gewohnt, eine scharfe Trennung zu sehen zwischen dem Körperlichen und Geistigen, hier aber ist eine unheimliche Verbindung der Kontraste, wie wir sie finden bei den Geisteskrankheiten, insbesondere bei der Hysterie.

**Gliederung des Stoffes.**

A) **Einleitung:**
Geschichtliche Begriffsentwicklung.

B) **Ausführung:**
1. Die 4 Fälle in ihrer gesonderten Zergliederung und Beleuchtung, sowie einer neuen Erklärung für die Möglichkeit des Zustandekommens solcher Phaenomene. (Besonders erläutert bei Fall 2.)
2. Der Ausblick in parallele Vorgänge im Tierreich.
3. Psychotherapeutische Heilmethoden für derartige Fälle.

C) **Zusammenfassender** Schluß.

**Im Anhang die Literatur.**

## Einleitend

sei es mir gestattet, um den Begriff „Hysterie" herauszuschälen, aus der Literatur kurze kritische Schlaglichter anzuführen, die geeignet sind, mit philosophisch exakter Wortfassung, immer etwas mehr abgrenzend, schließlich doch noch eine Begriffsvorstellung zu bringen, oder sich dieser wenigstens zu nähern, denn es wird wohl niemals auf eine kurze Wortformel zu bringen sein, was als „hysterisch" zu bezeichnen ist.

Nach Birnbaum fällt die hysterische Persönlichkeit unter die Rubrik „Komplexe Psychopathentypen". Nach seiner Ansicht kann man nicht von einer hysterischen Konstitution sprechen, weil es verschiedene Konstitutionen gibt, die hysterophil sind, und keine davon kann den Anspruch für sich nehmen, als eigene hysterische Konstitution zu gelten. Wohl kann man für alle hysterischen Erscheinungen konstitutionelle Wurzeln suchen, und kann also viel Hysterisches als konstitutionell bezeichnen. — Krisch sagt, neben der verschiedenweiten Definition des Hysterischen mache die verschiedene Psychologie der Untersucher eine restlose Verständigung in der Hysteriefrage unmöglich. — Nach Hoche ist jeder Mensch hysteriefähig, da er in den hysterischen Reaktionen keine Krankheiten sieht, sondern seelische Reaktionen der Persönlichkeit, Reaktionen, die in jedem Menschen vorgebildet sind, und bei vielen Menschen zur Realisierung kommen, sofern nur der Druck von außen auf die gerade bestehende körperlich-seelische Gesamtverfassung der Persönlichkeit groß genug ist. Daß die hysterischen Einzelsymptome, die „epithymen Reaktionen" (Braun) und die komplizierten hysterischen Erscheinungen sich einerseits auf biologische Grundlagen beziehen lassen, anderseits bis zum gewissen Grade phylogenetisch (Kraepelin, Kretschmer) und ontogenetisch (infantile Reaktionen, Entwicklungshemmungen) begründet sind, ist nicht zweifelhaft. — Bei vielen hysterischen Erscheinungen kann man nach E. Kohn schon aus der Manifestation den Schluß auf die psychopathische Artung der Persönlichkeit ziehen; bei dem Rest hängt dieser Schluß vom Mißverhältnis oder besser gesagt von der Beurteilung des Mißverhältnisses zwischen Reiz und hysterischer Manifestation ab, zu dem

allerdings noch die Einschätzung der Bedeutung des Zwecks und des Erfolgs der Manifestation für die Persönlichkeit in ihrer jeweiligen Situation kommt. — Der Zweckgesichtspunkt ist in voller Klarheit zum ersten Mal von Bonhoeffer hervorgehoben und als Krankheitsdarstellung gekennzeichnet worden. Wenn nun schon eine besondere Art von Zweckmäßigkeit für das Charakteristikum der sogenannten hysterischen Persönlichkeiten hingestellt wird, so können wir nicht umhin, die vereinenden Fäden zu suchen, die von der hysterischen Einzelreaktion zur hysterischen Persönlichkeit führen. Zunächst muß gesagt werden, daß die Diagnose „Hysterie" lange Zeit bei allen Fällen oder doch bei der größten Mehrzahl der Fälle mit hysterischen Symptomen gestellt wurde, ob es sich nun um vorübergehend auftretende hysterische Anfälle bei jungen Mädchen (Kraepelin's Entwicklungshysterie) oder um das jahrzehntelange Bestehen zahlreicher hysterischer Erscheinungen bei psychopathischen Persönlichkeiten überhaupt und bei solchen mit besonderer charakteristischer Struktur handelte (Entartungshysterie nach Kraepelin). Es ergab sich ferner, daß bei verschiedenen psychopathischen Typen eine gewisse Vorliebe für die Realisierung hysterischer Mechanismen vorliegt, und zwar bei solchen, die einen Defekt des Gesundheitsgewissens (Kohnstamm) aufweisen, und die Neigung zur „Flucht in die Krankheit" (Freud) haben. Bei diesen ist es ein mehr oder weniger zielsicheres oder zweckklares Ausweichen vor den Forderungen des Lebens, denen sie von sich aus auf geraden Wegen nicht entsprechen konnten und wollten. Nun fanden sich aber in dem großen Topf der Hysterie auch Persönlichkeiten, deren Ziel- und Zwecksetzung, wie eben angedeutet nicht so sehr in den Vordergrund trat, die entweder nur dann und wann, oder überhaupt nicht von hysterischen Symptomen und Reaktionen Gebrauch machten, sondern nur durch die psychopathische Eigenart ihrer Gesamthaltung charakterisiert erschienen. Da sie aber viel gemeinsames mit psychopathischen Persönlichkeiten zeigten, bei denen hysterische Erscheinungen massiert und viele Jahre lang beobachtet wurden, blieb für sie die Bezeichnung der „hysterischen Persönlichkeit". Man hätte dann hysterische Persönlichkeiten ohne Hysterie vor sich gehabt. Man fand aber bald, daß die verschiedenen Typen mit solchen Symptomen und Reaktionen, und schließlich auch diese „hysterischen Persönlichkeiten ohne Hysterie" etwas gemeinsames haben, nämlich die finale Einstellung der Dar-

stellung, die sich freilich bei der hysterischen Persönlichkeit im engeren und weiteren Sinn keineswegs auf Krankheitsdarstellung allein beschränkt. — K l a g e s bezeichnet die Hysterie als „ein Wesen von abnorm herabgesetzter Gestaltungskraft bei hochentwickeltem Gestaltungsdrang". Die Erlebnisunfähigkeit des Hysterikers bewirkt das Bedürfnis, in jedes äußere Gewand zu schlüpfen, jede Rolle zu spielen, um sich zur Geltung zu bringen. Der Darstellungsdrang ist danach die Haupttriebfeder der Hysterie. So ist für das Hysterische die Unechtheit zum Stigma geworden, ein fataler moralischer Beigeschmack, der sich wohl nie wieder verlieren wird. Auf diese Weise ist unter deutlich subjektiver Akzentuierung seitens des Beobachters oft genug alles als hysterisch hingestellt worden, was an Haltung einer Persönlichkeit besonders unerfreulich, unsympathisch und „moralisch nicht ganz einwandfrei" erscheinen konnte. — B u m k e sagt kurz von der hysterischen Persönlichkeit: „Ihre natürliche Haltung ist die Pose!" K e h r e r hält sich in seiner speziellen Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie an die auch von B u m k e geforderten Trennung der Hysterie von Organneurosen und Neurasthenie. Zwar führe uns die Praxis täglich die Künstlichkeit dieser Einteilung vor Augen, wir hätten jedoch vorläufig keine bessere an deren Stelle zu setzen. Während auf der einen Seite bei Organneurosen lediglich lokalisierte Funktionsstörungen vorliegen, denen keine anatomische Veränderung des betreffenden Organs zugrunde liegt, und bei Neurasthenie ein unbewußtes Versagen der neurochemischen Steuerung vorliegt, die sich ausschließlich an den Funktionen der äußeren, resp. animalen Organe dokumentieren, greift K e h r e r auf der anderen Seite für die Bezeichnung „hysterisch" aus dem Psychenbereiche eine bestimmte Gruppe von Erscheinungen heraus, die in einer heute noch nicht klar fassbaren Weise mit negativen Vorstellungen und vor allem mit negativem Willen etwas zu tun haben. Nach K e h r e r können wir bei zahlreichen Fällen nur die Ueberzeugung aussprechen, daß es nicht mehr oder noch nicht hysterisch ist, bis eventuell der Erfolg des Versuches, durch freien Willen das Symptom zu überwinden, zum Ziele führt.

Nach K e h r e r bedeutet „hysterisch" das biologische Prinzip einer minderwertigen sozialpsychologischen Reaktion, d. h. einer Antwort auf Erlebnisse, mit denen die betr. Person nicht so fertig wird, wie man es von gesunden vollwertigen Menschen fordert. Entscheidend den übrigen nicht

hysterischen Neurosen gegenüber spielt bei diesen Aeußerungsformen die Hauptrolle der Wunsch des starken Eindrucks auf die Umgebung. Das Krankhafte des Hysterischen liegt in der besonderen Art der abwegigen Umsetzung der Eindrücke in körperliche oder seelische Ausdrucksformen, die Eindrücke werden „in hysterische Regie genommen" (Kehrer), zum Unterschied der „affektiven Kurzschlußreaktionen" (Kretschmer), die als Antwort auf unerfreuliche Außenreize in Erscheinung treten, und nichts mit Hysterie zu tun haben, bei denen es ganz gleichgültig ist, wie die Wirkung auf die Umgebung sich gestaltet, und bei welcher der betreffende restlos in der Reaktion aufgeht und von ihr erfüllt ist. Wenn für Hysterie der Terminus „Nosophilie" im Gegensatz zu „Nosophobie" geprägt wurde, so darf man Nosophilie nicht mit Krankheitsliebe, Krankheitslust übersetzen, sondern etwa mit „Lust an Krankheitsmasken". Endlich werden von Kehrer noch zwei Begriffe als bedeutungsvoll für die psychopathologische Erklärung der Hysterie zum ersten Mal in die Literatur eingestellt, einmal „die Selbsttäuschung des Hysterikers über die Verschuldung seines Zustandes", die ihn schließlich glauben läßt, Schuld an seiner Schwäche sei ein Schicksal, das die andern ihm aufgeladen hätten, und dann das „Ressentiment" die Vergeltungsgedanken besonders bei Rentenhysterikern, die sich sagen: „Ich sehe nicht ein, warum ich nicht auch einmal die Wohltaten genießen soll, wenn ich mich einmal schlecht fühle, oder es mir schlecht geht!"

1. Fall. „H." (Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster/Westf.) Diagnose: Hysterischer Trommelbauch. Die 21-jährige Arbeitertochter wird von ihrer Mutter und einem Schwager im Krankenauto gebracht. Psychisch bietet sie auf den ersten Blick nichts auffälliges. Sie macht klare und richtig erscheinende Angaben. Patientin stammt aus gesunder Familie. Der Vater kam bei einem Eisenbahnunglück um, die Mutter lebt noch. Ein Bruder ist im Kriege gefallen, zwei andere Brüder sind schwerkriegsbeschädigt. Patientin war angeblich auch als Kind schon öfters krank. Außer Masern will sie „Bauchdrüsen" gehabt haben. Sie habe sehr oft Blut und Schleim im Stuhle gehabt. Erste Regel mit 16 Jahren. Stets unregelmäßig, oft in Abständen von 4 bis 9 Monaten. Dabei sehr große Schmerzen. Wegen der Bauchdrüsen war sie in Bad Sassendorf. Nach der Schulentlassung war die Patientin sieben Monate in einer Fabrik tätig. Wegen Lungenblutens mußte sie die Arbeit aufgeben. Sie wurde dann das zweite Mal zu einer Kur nach Sassendorf geschickt. Darauf nahm sie eine Stelle als Hausmädchen an, die sie aber schon nach einem Jahr wieder aufgeben mußte, weil sie an Blinddarmentzündung erkrankte. Sie wurde gleich operiert und blieb

nach der Operation ¼ Jahr im Marienhospital, weil sie heftige Leibschmerzen und häufiges Erbrechen bekam. Auch bei der Entlassung waren die Beschwerden nicht behoben. Nach einem weiteren Halbjahr wurde sie zum zweiten Male operiert; es sollen sehr starke Verwachsungen bestanden haben, die gelöst wurden. Danach fühlte sich die Patientin ein Jahr lang ziemlich wohl, sie brach nicht mehr so oft. Sie ging jedoch nur am Stock, weil sie eine Nervenschwäche am rechten Bein zurückbehalten hatte. Auch traten die Leibschmerzen immer wieder auf. Nach einem weiteren Jahr erkrankte die Patientin angeblich an Nierenkoliken mit Blut im Urin, sie lag wieder ½ Jahr im Bett. Nach einem Jahr ziemlichen Wohlbefindens soll das Nierenleiden wieder aufgetreten sein, sie will eine Gebärmutterentzündung gehabt haben, weswegen man bei ihr einen Eingriff gemacht habe. Im Anschluß daran hätten sich wieder die alten Schmerzen eingestellt: Erbrechen, Leibweh und Stuhlverstopfung. Patientin kam wieder ins Marienhospital zu Gemer und blieb dort ununterbrochen zwei Jahre lang. In dieser Zeit wurde sie nochmals wegen Verwachsungen operiert, diesmal ohne jeden Erfolg. Die Schmerzen sollen sich sogar verstärkt haben, nach jeder Speisezufuhr habe sie starke Magenschmerzen bekommen, die bis in den Unterleib gezogen seien. Der Leib sei immer sehr hart und gespannt, der Stuhlgang unregelmäßig. Sehr oft habe sie Temperaturerhöhungen gehabt bis zu 38,6 Grad. Auch die Nieren hätten ihr dann wieder zu schaffen gemacht, das sei ihr auf die Augen geschlagen, sie habe dauernd Tränenfluß und Flimmern und müsse deswegen eine dunkle Brille tragen. Seit 2½ Jahren sei sie nicht wieder aufgestanden, weil sie sich zu schwach fühle. Sie wolle gern gesund werden. Daß ihre Beschwerden nervöser Natur sein könnten, weist sie energisch zurück. Sie kämpfe überhaupt mit aller Kraft gegen das Erbrechen an, und wolle wieder an die Arbeit.

Aufnahme in die Chirurgische Klinik der Universität Münster, im Anschluß an die lange Bettlägerigkeit. Diagnose: „Spastischer Ileus, Neurasthenia gravis." Behandlung: Laparatomie, Lösung verschiedener Dünndarmschlingen bzw. Adhaesionen. Zum besseren Verständnis lasse ich den Befund vor der Operation folgen:

Blasse Patientin in ausreichendem Ernährungszustand. Schleimhäute mäßig durchblutet. Cor: Töne rein, Aktion regelmäßig, Herzgrenzen normal. Lunge: keine Schalldifferenzen. Keine pathologischen Geräusche.

Abdomen: Der Bauch ist aufgetrieben, diffus, mäßig druckempfindlich, Darmgeräusche sind hin und wieder zu hören. Rechts vom Nabel befindet sich eine 15 cm lange, senkrechte, reaktionslose Narbe. Wichtig erscheint es, daß die Zwerchfelle tiefer als normal stehen, sodaß an einen funktionellen Zwerchfellspasmus zu denken ist, der auch teilweise die „défense musculaire" der Bauchdecken bedingen könnte. Jedenfalls hat Patientin auf Einläufe hin täglich Stuhl, der zwar etwas härter, aber reichlich genug ist. Auf große Dosen Papaverin kein Nachlassen der Bauchdeckenspannung. Deswegen wird die anfängliche Diagnose „Spastischer Ileus" fallen gelassen.

Operationsbericht:

In Aethernarkose Medianschnitt von handbreit ober- und handbreit unterhalb des Nabels. Kein Exsudat in der Bauchhöhle. Auffällig ist, daß der Darm nirgends gestaut, im Gegenteil spastisch kontrahiert ist. Starke Vaskularisation bzw. Hyperaemie der mesenterialen Darmgefäße. In Gegend des früheren Blinddarmes befinden sich einige Stränge, die Dünn- und Dickdarm betreffen, aber sicher keinerlei Ileussymptome bedingen können. Die Adhaesionen werden durchtrennt. Darauf schichtweise Verschluß des Bauches.

Nach der Operation ist die brettharte Spannung des Leibes verschwunden, der Leib ist weich, das Erbrechen hat aufgehört. Die Patientin steht auf und wird einige Tage darauf aus der Klinik entlassen.

## Beleuchtung des 1. Falles „H."

### Was kann schon aus der Anamnese herausgelesen werden?

Daß die Patientin als Kind schon öfter krank gewesen war, daß sie „Bauchdrüsen" gehabt haben will, sehr oft Blut und Schleim im Stuhl gehabt hat, spät die Regel gehabt haben soll, und meist unregelmäßig, schmerzhaft, mit Abständen von 4 bis 6 Monaten, daß ihr später die Mandeln herausgenommen wurden, läßt vermuten, daß wir einen leptosomen Typ vor uns haben mit exsudativer Diathese, mit den sich im Verfolg einstellenden Ernährungsstörungen und Entzündungen im Darmtraktus. Der Schwächezustand der Patientin hielt auch nach der Schulentlassung an, die 7monatige Tätigkeit in einer Fabrik bekam ihr nicht, wegen Lungenblutens mußte sie die Arbeit wieder aufgeben. Leider gibt uns die Art ihrer Tätigkeit und das Wesen des Fabrikbetriebes keinen Aufschluß über die Ursache und die Art des Lungenblutens; man denkt hier an Tbc. und an Staublungenerkrankungen. Ungewöhnlich ist der 3monatige Aufenthalt im Krankenhaus im Anschluß an die Blinddarmentzündung. Patientin bekam Leibschmerzen und häufiges Erbrechen, was auch bei der Entlassung noch nicht behoben war. Wenn dann nach einer zweiten Operation die alten Beschwerden vorübergehend verschwanden, dafür aber eine Nervenschwäche des rechten Beines die Patientin am Stock zu gehen zwang, so ist man nicht verwundert, weiteres zu hören, was einen an eine hysterische Basis aller Leiden denken läßt. Selbst wenn die später auftretenden Nierenkoliken mit Blut im Urin anatomische Unterlagen gehabt und überhaupt glaubwürdig sind, so wundern wir uns nicht, daß Patientin in schneller Folge wieder von einer zweiten Nierenattacke, dann von einer Gebärmutterentzündung mit

Eingriff berichtet, und wieder bei dem ersten Zustand endet, wo Erbrechen, Schmerzen im Leib und Stuhlverstopfung im Vordergrund stehen. Wenn dann Patientin vom Sommer 1929 bis Januar 1932 ununterbrochen im Krankenhaus verblieb, während dieser Zeit wegen Verwachsungen operiert wurde, jedoch ohne jeden Erfolg, so vernimmt man doch erhebliche Beiklänge, die bei der Krankheit der Patientin mitspielen. Und nun werden die Leibschmerzen immer stärker, die Schmerzen ziehen hinunter in's kleine Becken, dauernd Erbrechen, unregelmäßiger Stuhlgang, der Leib wird oft sehr hart und gespannt. Auch die Nierenkoliken treten wieder auf, die Patientin bringt Tränenfluß und Augenflimmern damit im Zusammenhang, und muß deswegen eine dunkle Brille tragen. Zwei und ein halbes Jahr an's Bett gefesselt, behauptet sie den Willen zu haben gesund zu werden, lehnt aber die Möglichkeit, ihr Leiden könne nervöser Natur sein, energisch ab.

**Inwiefern werden unsere Vermutungen durch die objektive Anamnese der Mutter noch verstärkt?**

Nach Angabe der Mutter war Patientin als Kind nie krank gewesen. Die Patientin verlegt also bewußt oder unbewußt Leiden in ihre Kinderjahre. In dem Wesen der Patientin trat für die Angehörigen besonders in Erscheinung, daß sie viel weinte, und von ihren Leiden erzählte. Sie regte sich über Kleinigkeiten gern auf. Im übrigen sind die Angaben der Mutter auf die von der Tochter vorgebrachten Klagen und Erlebnisse abgestimmt, es werden noch dazu Herzbeschwerden genannt. Die lange Behandlung der Patientin im Krankenhause scheint wenig Erfolg in ihren Augen gehabt zu haben, wohl jedoch eine Behandlung aus eigener „Weisheit" heraus mit Radiumkompressen, darauf ließen die Beschwerden nach. In den Vordergrund gerückt wird der Geltungstrieb der Hysterischen, sie haben immer neue Leiden, die sie dem Arzt zur Heilung vorsetzen, die aber nie verschwinden wollen, und die vielleicht vorübergehend besser werden, wenn eine Selbstbehandlung mit mehr als zweifelhaften Mitteln einsetzt.

**Was bedeutet der Befund?**

Hysterischer Eindruck auf den ersten Blick, mit der dunklen Brille meint die Patientin besser sehen zu können. Eine Nierenbeckeneiterung soll ihr auf die Augen geschlagen

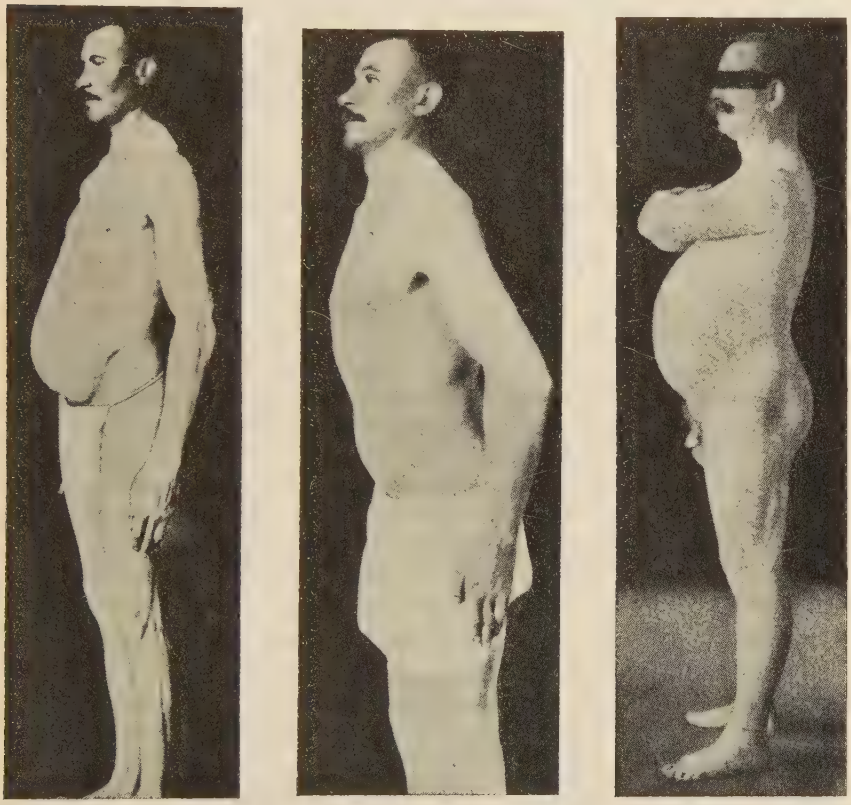
sein, obwohl die Urinuntersuchung keine pathologischen Keime zu Tage brachte. Kein Zureden hilft, daß sie die Brille absetzt, selbst in der Dunkelheit nicht. Charakteristisch für Hysterie ist, daß sie mit viel Geschwätzigkeit den Gedanken wegzureden versucht, es könne ihr Leiden als seelisch überlagert angesehen werden. Und endlich der Beweis hierfür, daß nach Suggestivinjektionen von 1,0 g aqu. dest., mit der Weisung gegeben, es sei Morphium, diese Schmerzen prompt aufhören. Das Blutbild gibt uns mit seiner kleinen Lymphozytose immerhin einen kleinen Anhalt für Hysterie. Auch das Begleitschreiben des behandelnden Arztes zu H. bei der Ueberweisung in die Nervenklinik zu Münster deutet das Leiden der Patientin als hysteroneurasthenisch beeinflußt, nimmt allerdings das Vorliegen eines Pseudo-Ileus noch für möglich an durch Adhaesionen nach viermaliger Operation.

## Der Fall im Spiegel der Literatur.

Wenn wir an die Beleuchtung der Diagnose „Hysterischer Trommelbauch" herangehen, können wir nicht umhin, an die „funktionellen Respirationsstörungen" zu denken, die von Jamin unter dem Begriff „Zwerchfellneurosen" zusammengefaßt worden sind. Diese Bezeichnung trifft insofern den Nagel nicht auf den Kopf, als bei diesem Symptomenkomplex die funktionellen Störungen der Zwerchfellbewegungen nicht das einzige sind, sondern daß auch anderseits Störungen bei Zuständen vorkommen, bei denen die Symptome der Respiration ganz in den Hintergrund treten. Gänzlich unklar ist es heute noch, welchen Einfluß psychische Momente auf Entstehung und Ablauf funktioneller Atemstörungen haben. Während Jagić mit einem Teil der Autoren die Neurosen der Respirations- und Verdauungsorgane als eine nicht psychogene Neurose des autonomen sympathischen Systems hinstellen, werden nach Auffassung Kehrer's im Einklang mit den Abhandlungen Binswangers nur die seelisch bedingten Störungen zusammengefaßt unter dem Begriff „Zwerchfellneurosen", dieselben, die Binswangers als hysterische Spasmen des Respirationsapparates bezeichnete. Den motorischen Anteil hat das Zwerchfell dabei ganz allein. Aber gerade dadurch, daß sich meist eine Störung des gesamten, dem Bewußtsein der Körperlichkeit unmittelbar gegebenen Respirationsaktes evident zeigt, ist der psychogene Charakter dieser Bilder

besiegelt. Sie sind leicht erklärbar als seelische Reaktionen auf geringfügige Beschwerden der Atmungsorgane. Kehrer sieht die Eigenart der psychogenen Respirationsneurosen treffend darin, daß ein nach Innervation und Bewußtseinswert so einzigartiges Gebilde wie das Zwerchfell einbezogen wird, das seinerseits infolge der topographischen Lage von den Funktionen der Nachbarorgane in so mannigfaltiger Weise beeinflußt wird. Da beim Gesunden die sensible und motorische Tätigkeit des Zwerchfells sich unbewußt abspielt, so können psychogene Veränderungen ohne irgendwelche organische Störungen sich nie auf die Tätigkeit des Zwerchfells beschränken, sondern müssen stets den ganzen Atemakt einbeziehen. Nahe verwandt diesen Respirationsstörungen und benachbart sind groteske Formen im Bereich des Zwerchfellbauchraumes, die als „hysterische Tympanie" oder auch als Trommelbauch, bezw. Ballonbauch bezeichnet werden. Jamin und Dechénian haben festgestellt, daß derartige Zustände vor allem in der Rekonvaleszens von Darmkrankheiten auftreten, während Kehrer in typischen Fällen eine Kombination von atypischen Organstörungen im Brust- und Bauchraum fand, die diagnostisch insofern Schwierigkeiten machten, als evtl. auch autochtone Störungen des Vagussystems die Grundlage für den Ballonbauch abgeben können. Das wesentliche sieht Kehrer bei diesem Zustandsbild in der Verbindung einer krampfhaften Stilllegung des Zwerchfells, die fast zu einer Unverschieblichkeit der unteren Lungengrenzen führen kann, mit einer gleichzeitigen, bei Palpation sich evtl. noch steigernden Anspannung der Bauchmuskeln; als besonders auffallend entdeckte Kehrer bei der brettharten und daher gedämpft tympanitischen Perkussionsschall abgebenden Spannung die Tatsache, daß bei Besichtigung und Betastung die Konturen der krampfenden Muskelbäuche fast vollkommen verwaschen, sodaß gerade dadurch das Bild eines Ballonbauches entsteht. Kehrer konnte durch die genaue Beobachtung der während innerhalb weniger Minuten erfolgten Heilung mit Sicherheit nachweisen, daß eine abnorme Luftfüllung vom Magen (Luftschlucken) oder Darm (Flatus) nicht in Frage kam. Eigenartig ist das wechselnde Verhalten des Zwerchfells, das bald einen ausgesprochenen Tiefstand zeigt, bald einen relativen Hochstand. Als zweites Charakteristikum fand Kehrer mit Jamin den Wechsel des Ballonbauches in der Stärke nicht bloß unter wechselnden seelischen Bedingungen, sondern auch bei verschiedener Körperlage. Bei

einer seiner Beobachtungen tauchte der Bauch erst beim Uebergang aus der Bauch- in die Rückenlage gleichsam wie ein Ballon aus der unteren Brustöffnung empor, sodaß der Bauchumfang innerhalb weniger Augenblicke eine Zunahme



Aus d. Handbuch d. Neurologie (M. Lewandowsky) Ferd. Kehrer Neurologie d. Hysterie u. Neurasthenie.

2 Fälle von Ballonbauch, die einwandfrei hysterische Reaktionen darstellten u. in kurzer therapeutischer Sitzung geheilt wurden.

Wiedergabe der Bilder mit gütiger Erlaubnis von Herrn Prof. Dr. Kehrer.

von 87 auf 95 cm erfuhr, die allerdings später nach Zurückgehen in aufrechte Stellung in erheblich geringere Maße zurückging. Bei dem zahlreichen Material von Kriegsneurosen hat Kehrer festgestellt, daß als wesentliche Erschei-

nung des Ballonbauches ein Vortreibungskrampf der Bauchwand gleichzeitig einhergeht mit einer krampfhaften Stilllegung des Zwerchfells ohne jede Luftauftreibung von Magen oder Darm. Selbstverständlich sind auch Kombinationen von hysterischem Ballonbauch und echtem Meteorismus im Sinne einer richtigen Luftaufblähung einzelner Teile des Magens oder Darmes durchaus möglich. Früher hat die Neuartigkeit dieser Bilder beim männlichen Geschlecht oft zu Fehldiagnosen schwerer abdomineller Prozesse geführt und dadurch zur Züchtung. Während bei Männern diese Erscheinungen auf überwertig gewordene Sensationen im Brust- und Bauchraum zurückzuführen sind, gehen dieselben Bilder bei Frauen stets auf Einbildung von Schwangerschaft zurück, die vorwiegend bei Psychosen (L o e c h e l) und im Vorklimakterium (B o a s) vorkommt.

K r e h l hält es für möglich, daß in Fällen von hysterischen Meteorismus der scheinbare Krampf des Zwerchfells durch eine gleichzeitige Erschlaffung der Bauchdecken zustande kommen könne; ich kann mir darauf keinen rechten Reim machen, es liegen einwandfreie Beobachtungen in dieser Richtung noch nicht vor, und so möchte ich die Auffassung K e h r e r ' s als bedeutungsvoll herausrücken, daß bisher in allen Fällen von hysterischem Tympanismus stets eine aktive Bauchwandspannung im Sinne eines mehr oder minder hochgradigen Krampfes der äußeren Bauchmuskeln nachweisbar war.

Ueber die Entstehung der Aufblähung des Magens oder Darmes stehen sich zwei Ansichten gegenüber. S t e c k e l schreibt, es handele sich um Luftschlucker, die in Abwesenheit der Aerzte durch geschickte Atemzüge mit Manipulation Luft einpumpen. B a l i n sieht relative Sperren infolge lokaler Krampfzustände einzelner Abschnitte des Verdauungstraktus, und spricht von einem Zustand lokaler Vagotonie, von einem „Tympanismus vagotonicus". Wie jedoch bei diesem Zustand psychogene Momente eine Rolle spielen, ist noch nicht kritisch nachgeprüft. Wohl zu bemerken ist dabei, daß K e h r e r eine ganze Reihe von Krankheitsbildern mit denselben charakteristischen Symptomen in kurzer therapeutischer Sitzung restlos heilen konnte, obwohl sie monatelang vorher auf schwere organische Baucherkrankungen behandelt worden waren. (Große Leber- und Milztumoren, peritonitische Schwarten und dergl.) Als einziger Unterschied in den Auffassungen ist zu sagen, daß bei

Balint das Zwerchfell als normal (?) bezeichnet wird, und daß die Blähung einzelner Darmabschnitte durch lokale Spasmen nicht im oberen Dünndarm, sondern im Dickdarm etabliert sind, und daß Balint die übrigen Symptome als Ausfluß einer allgemeinen Vagotonie anspricht, wie Pulsverlangsamung, hochgradige respirotorische Arrhythmie, Störungen der Harnausscheidung im Zusammenhang mit intermittierenden Tympanismus, und vor allen Dingen eine geradezu zauberstabartig wirkende positive und negative Beeinflussung durch Physostigmin und Atropin.

Kehrer weist darauf hin, daß weitere Beobachtungen zu unterscheiden haben, ob in manchen Fällen von hysterischem Ballonbauch an Stelle oder neben der auslösenden organischen Erkrankung im Brust- und Bauchraum ein „vagotonischer Kern" zugrunde liegt, oder ob nicht ein aus einer organischen Erkrankung hervorgegangener Krampf der aktiv den Bauchraum vergrößernden Muskeln sekundär zu einer Vagusreizung führen kann, die dann dem Krankheitsbild eine „vagotonische Note" gibt. Schließlich läßt sich die bei Balint hervorgehobene ungewöhnliche straffe Vorwölbung der Bauchwände auch so erklären, daß durch die lokalen Blähungen des Dickdarmes und das Andrängen der Darmschlingen gegen die Bauchwand reflektorischer Krampf derselben erzeugt wird. Aber das Nebeneinander von normaler Zwerchfellstellung, Leberhochstand und straffster Bauchwandspannung wird dann mit Recht von Kehrer als schwerverständlich hingestellt.

**Fall 2.** „Ch. L." Eigene Angaben. Vater der 22jährigen Patientin ist 51 Jahre alt, leidet an Lungentuberkulose und Nierensteinen. Mutter ist 50 Jahre und hat Nierenkrämpfe. Eine Schwester leidet an der Lunge. Drei übrige Geschwister sind gesund. Ein Halbbruder vom Vater ist an Lungentbc. gestorben. Eine Halbschwester hatte Gelenkrheumatismus und Gehirnhautentzündung. Eine Cousine ist an Lungenschwindsucht gestorben. Eine Schwester leidet an Blutbrechen. Eine Tante und deren Kinder haben ebenfalls mit der Lunge zu tun. Kinderkrankheiten: Als Säugling hatte sie viel mit dem Nabel zu tun. Mit ½ Jahren ist sie am Halse geschnitten worden. Als Schulmädel sehr anfällig, hatte mehrfach Grippe (starke Erkältungen). Vom 14. Lebensjahr ab klagte sie über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Die Kopfschmerzen hielten dauernd an. Bei jeder Anstrengung, z. B. beim Bücken und Heben, wurde sie schwindelig und knackte zusammen. Mit 17 Jahren ging sie zum Arzt wegen Schmerzen im Unterleib. Der Arzt meinte, die Schmerzen würden mit dem Eintritt der Periode verschwinden. Mit 19 Jahren trat die erste Regel auf. Dabei verstärkten sich die früheren

Schmerzen. Mit 20 Jahren hatte sie eine schwere Grippe durchgemacht. Sie hatte dabei Mandelentzündung mit Fieber. Nach vier Wochen war sie wiederhergestellt.

Ihre jetzige Erkrankung begann im Oktober 1931. Bei der Arbeit als Putzmädchen bekam sie auf 'mal starke Kopfschmerzen und Magenkrämpfe; als sie auf dem Rad nach Hause fuhr, „nahm sie die ganze Straße ein". 14 Tage hielten die Magen- und Kopfschmerzen dauernd an. Nachher stellte sich auch Erbrechen ein, besonders wenn sie etwas getrunken hatte. Bis Weihnachten 1931 hielt dieser Zustand an. Sie ist damals im Krankenhaus Ahl. mit Magenspülungen behandelt worden. Nach 9 bis 10 Wochen hörte das Erbrechen auf. Nach der Entlassung aus dem Krankenhause, direkt den ersten Abend, bekam sie dicke Beine und nach drei Tagen dicken Leib, dicke Brüste und Anschwellung der Backen. Der Arzt hat damals Nierenentzündung festgestellt, ich kam für acht Wochen ins Krankenhaus. Wie ich entlassen wurde, ließen wohl die Beine und Backenanschwellungen nach, jedoch der Leib und die Brüste blieben immer dick und schmerzhaft. Seit acht Wochen kann ich nicht mehr laufen. Die Brust-, Leib- und Rückenschmerzen nehmen zu. Seit einigen Monaten ist es mit dem Wasserlassen nicht mehr richtig. Oft geht das Wasser ab, ohne daß sie etwas davon merkt. In letzter Zeit kommt das Wasser von selbst garnicht mehr. Stuhlgang alle acht Tage. Appetit fehlt. Regel immer unregelmäßig alle 4, 5 oder 8 Wochen.

Befund: Mittelgroße, bettlägerige Patientin, in verhältnismäßig gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Keine vergrößerten Drüsen. Keine Oedeme, keine Varizen. Mund: Zähne gut, Mandeln leicht zerklüftet und hypertrophisch. Rachen gerötet. Zunge feucht, nicht belegt. Thorax: Pulmo O. B. Cor: O. B. Puls um 100, klein, regelmäßig. Blutdruck 110/160 mm Hg. Leib: stark aufgetrieben und gespannt. Klopfschall über allen Partien tympanitisch. Striae an beiden Bauchseiten auf die Glutaeen übergreifend. Leber nicht nachweisbar vergrößert. Milz nicht tastbar. Flüssigkeit in der Bauchhöhle nicht nachweisbar. Leibumfang 76 cm. Linea alba pigmentiert; neurologisch: Diffuse Druck- u. Klopfschmerzhaftigkeit des Schädels. Trigeminus: Druckschmerz des r. N. V. II. und link. V. I. Facialisinnervation intakt. Augen: Kein Nystagmus, Augenbewegungen frei. Pupillenreflex auf Licht und Konvergenz +. Cornealreflexe beiderseits vorhanden. Geruch und Geschmack intakt. Bauchdeckenreflexe in allen Quadranten auslösbar. Ob. Extremität: Grobe Kraft gut. Keine Spasmen. Aktive und passive Bewegungen frei. Triceps-, Radiusperiost- und Bicepsreflexe bds. auslösbar, nicht gesteigert. Kein Zittern der Hände bei gespreizten Fingern. Finger-F. — u. F. Nas. Vers. bds. normal. Unt. Extr.: Aktive und passive Bewegungen nach allen Seiten hin möglich. Lasègue bds. negativ. Keine Spasmen. Tonus eher herabgesetzt. Patell.-Sehn. Reflex und Achillessehn.-Reflex normal vorhanden. Wadenmuskulatur bds. schlaff. Fußsohlenreflexe bds. nahezu aufgehoben. Babinski, Rossolimo negat. Sensibilität: Für Berührung, Spitz-Stumpf, Kalt-Warm intakt. Keine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Psychisches Verhalten: Unauffällig, Stimmung vergnügt. Blutbild normal. Auf Druck läßt sich aus beiden Brüsten Colostrum herausdrücken. W. R. im Blut

negativ. Occipitalpunktion: Beim Durchgehen durch das Ligamentum intervertebrale erfolgen einige Zuckungen des ganzen Körpers; der Liquor ist dabei leicht blutig. Druck: 130 mm $H_2O$. Nach zwei Tagen erneute Occipitalpunktion. Leichte Zacke, anscheinend normaler Liquor. Am selben Tage steht die Patientin „auf Befehl" des Stationsarztes auf; sie geht eine halbe Stunde herum, und legt sich dann wieder hin. Auf weiteres heftiges Zureden gewinnt sie mehr Halt in den Beinen, und läuft dann ungestört ohne Klagen herum. Der Trommelbauch blieb jedoch noch bestehen, der ihr gewisse Gehbeschwerden machte. Nach einer Unterhaltung von 10 bis 15 Minuten unter Zuhilfenahme von verschiedenen Instrumenten, wie Blutdruckapparat und Vibrationsmassage wird der Bauch ganz weich und sinkt auf einen Umfang von 64 cm zusammen. (Früher 76 cm.) Urin, der früher nur durch Katheterismus genommen werden konnte, kann jetzt spontan gelassen werden. Beim Urinlassen klagt sie über brennende Schmerzen in der Harnröhre.

Eine andere Anamnese machte die Patientin ein Jahr vorher einem andern Arzt. Vom 17. bis 19. Jahre war Patientin im Ahl. Krankenhaus angestellt. Die Ordensschwestern drüben meinten immer, die Bauchschmerzen hingen mit der noch nicht eingetretenen Regel zusammen. Zu Haus sei ihr immer vorgehalten worden, das läge am Ausbleiben der Regel. Auf der Fabrik sei sie erst aufgeklärt worden, insbesondere über Verkehr und Schwangerschaft. Die Mädchen und die Jungens hätten gesagt, mit 20 Jahren könne man die Unschuld nicht mehr haben. Mit diesen Reden hätte man sie hochkriegen können, sie sei dann für den ganzen Tag fertig gewesen, und sehr aufgeregt. Zu Hause habe die Mutter sie gefragt, was sie habe, weil sie nicht mehr essen wollte. Während der nachfolgenden dreimonatigen Krankenhausbehandlung suchte man hinter die Ursache der Beschwerden zu kommen. Bei vorübergehenden l. Fieberanfällen mit hohem Puls und mäßiger Leukopenie war das Blutbild normal. Die Röntgendurchleuchtung zeigte Ptose des Magens und spastische Haustierungen des Dickdarms. Für Ulkus Duodeni war kein Anhaltspunkt. Trotz guten Appetits keine Gewichtszunahme, leichter Gewichtsverlust. Vorübergehend fanden sich im Urin und Sediment zahlreiche Leukozyten, Bakterien und Plattenepithelien. Keine pathogenen Darmbakterien, insbesondere kein Typhus und Paratyphus. Neben dem Trommelbauch stehen Kreuz- und Magenschmerzen im Vordergrund, die besonders nachts auftreten. Die Bestimmung des Grundumsatzes ergibt + 20,6 % (Psychische Beeinflussung der Atmung). Der Stationsarzt hält nach dem klinischen Bilde eine echte Grundumsatzsteigerung auf Grund einer multiglandulären Dysfunktion für wahrscheinlich. (Ovarien und Thyreoidea.)

Therapie: Nach mehrwöchiger psychotherapie wurde die Patientin mit gehobener Stimmung entlassen auf ihren eigenen Wunsch. Die chloasmaähnlichen Flecken waren verschwunden, die Auftreibung des Leibes, die Kreuz- und Magenschmerzen ebenso. Der Grundumsatz war wieder normal, nur die Striae als weiße Streifen auf der Brust und an den seitlichen Bauchpartien waren noch zu sehen.

## Beleuchtung des Falles Nr. 2 „Ch. L."

Zunächst muß geklärt werden, was an dem Fall organisch, was funktionell und was auf der andern Seite rein psychogen ist, denn gerade bei diesem Fall erscheint dies mir wichtig, um den Vorwurf einer einseitigen Auffassung der Hysterie nicht aufkommen zu lassen. Denn wenn auch die Grundlage der Hysterie eine abnorm angeborene konstitutionelle Veranlagung des Nervensystems ist, so muß gesagt werden, daß neben der spezifisch-hysterischen Veranlagung bei demselben Menschen oft auch noch andere konstitutionelle Abweichungen vorkommen. Man spricht dann von „superponierter Hysterie", wie z. B. bei Multipler Sklerose, bei Syringomyelie, Gehirntumoren und mancherlei Psychosen. Wenn man bedenkt, daß bei Hysterischen neben einer abnormen Veranlagung des Großhirns auch andere Teile des Nervensystems, ja sogar ganze Organe minderwertig veranlagt sein können, so ist das von Bedeutung für die pathogenetische Auffassung einzelner Symptome.

Nach der objektiven Anamnese, von den Eltern abgegeben, war die Patientin schon immer leicht aufgeregt. Auffallend ist die späte Menarche mit 19 Jahren, obwohl sie abgesehen von Kinderkrankheiten nie ernstlich krank gewesen ist. Der Befund gibt keinen Anhalt für Anaemie oder einen leptosomen Typ. Das Zittern der Hände bei ausgespreizten Fingern fällt unter die neuropathische Konstitution: die nahezu beiderseits aufgehobenen Fußsohlenreflexe in Verbindung mit schlaffer Wadenmuskulatur hängt vielleicht mit dem langen Krankenlager der Patientin zusammen, oder all das ist schon psychogen bedingt, obwohl sich sonst keine Störungen der Sensibilität zeigen. Der gesteigerte Grundumsatz wird vom Stationsarzt als wohlmögliche Folge einer multiglandulären (Ovarien und Thyreoidea) Dysfunktion hingestellt, was vielleicht auch die erheblich verspätete Menarche, und die später unregelmäßige Menses hervorgerufen hat. Auf hysterisches Leiden weisen schon die Angaben der Patientin, die weder durch den objektiven Befund, noch durch die Anamnese durch die Eltern bestätigt werden. Sie fängt mit Nabelbeschwerden in der Säuglingszeit an, sie sei am Halse geschnitten worden. Vom 14. Lebensjahre ab leide sie stets an Kopfschmerzen und Schwindel. Mit 17 Jahren habe sie wegen Leibschmerzen den Arzt aufgesucht, nach eingetretener Menses hätten sich die Beschwerden verstärkt. Sie will Grippe, Mandelentzündung, Magen-

krämpfe, Magenerbrechen und eine schwere Nierenentzündung gehabt haben; 8 Wochen lang habe sie nicht laufen können, das Wasserlassen sei nicht richtig und Stuhlgang habe sie nur alle 8 Tage, ein etwas reichlicher Krankheitskatalog, der zu dem verhältnismäßig guten Aussehen der Patientin wenig paßt. Tatsache ist jedoch, daß die Patientin am 16. 6. 1932 auf die Suggestivbehandlung des Stations-Arztes anspricht, sie gibt die Unfähigkeit zu stehen auf, fängt an herumzugehen, bekommt langsam mehr und mehr Halt in den Beinen und läßt das Klagen sein. Der Trommelbauch, der erst noch hartnäckig bestehen blieb, räumte erst nach Zuhilfenahme der verschiedensten Instrumente, wie Blutdruckapparat und Vibrationsmassage das Feld, er wurde dann aber ganz weich, und sank von einem Umfang von 76 cm auf den von 64 cm zusammen nach einer Suggestivbehandlung von 10—15 Minuten. Ebenso zauberschlagartig kann sie plötzlich wieder spontan Urin lassen, was vorher nur mit Hilfe des Katheters ermöglicht werden konnte. Die Patientin klagt in den nächsten Tagen nur noch über Brennen in der Harnröhre beim Wasserlassen und über Schmerzen im Oberbauch, sie wird dann unter Fortsetzung der eingeleiteten Therapie nach Wegfall aller Erscheinungen als gesund entlassen. Die Diagnose „Hysterische Schwangerschaft" ist mit dem Erfolg der Behandlungsart sichergestellt, ich will jetzt die Frage zu beantworten versuchen, wie es zur Ausbildung solcher Phänomene gekommen ist oder gekommen sein kann.

Durch den äußerst späten Eintritt der Regel mit 19 Jahren und die im Gefolge auftretenden Beschwerden hatte die Patientin das Gefühl der Minderwertigkeit; sie wurde erregt und verletzt, wenn die Altersgenossen in der Fabrik sie anstichelten, mit 20 Jahren könne man die Unschuld nicht mehr haben. Sie litt unter ihrem Zustand derart, daß sie zu Hause nichts mehr essen wollte und sogar erbrach, wenn sie auch nur Kleinigkeiten zu sich genommen hatte. Es müssen intensive gedankliche Vorstellungen gewesen sein, welche die an sich neuropathische Konstitution zu derartigen Phänomenen aufgepeitscht haben. Die sexuelle Aufklärung in der Fabrik von vielleicht nicht wohlmeinenden Gefährten mit unrichtigen oder übertriebenen Schilderungen von Schwangerschaftszeichen gab die Unterlage für solche triebhaften Vorstellungen, welche besonders das vegetative Nervensystem an einschlägigen Stellen angriff. Vielleicht war es aber auch eine „mit Vorsichtsmaßregeln ausgeführte" Koha-

bitation oder irgend ein Grenzfall von sexuellem Verkehr, der bei der übermäßigen Angst vor Schwangerschaft das Auftreten der Symptome veranlaßte. Im Gegensatz dazu kann man aus einer anderen Aeußerung schließen, daß die Patientin gerne gravid geworden wäre. Die Verwandten zu Hause hätten ihr tröstend gesagt, sie würde gesund werden, wenn sie schwanger würde. Sie sagt nichts von einer Kohabitation, gibt nur zu, daß sie vom Koitus geträumt habe, daß sie oft ihren ganzen Körper beobachtet habe, und daß sie nach derartigen traumreichen Nächten morgens ganz abgeschlagen gewesen sei. Daß die Schwangerschaftszeichen durch die Behauptung eines Arztes, sie sei schwanger, und durch eine Bemerkung einer Krankenschwester bei dem bunten Bild der Komplexe noch verstärkt worden sind, ist nicht verwunderlich. Verwunderlich ist aber, daß so viele Erscheinungen auftreten neben dem prallharten Frommelbauch, die Chloasmaflecken an den Wangen, die prallen Brüste, die auf Druck Kolostrum geben, die Pigmentierungen der Linea alba, die Stauungserscheinungen an den Beinen, und die Striae an Oberschenkeln und Gesäß. Prof. Dr. Esch, Münster, der die Patientin der Besonderheit halber sich ansah, bestätigte zunächst, daß es sich um eine „nullipara" handelt. (Man hätte sonst auch an einen unerlaubten Eingriff denken können, der auf neuropathischem Wege und Boden ähnliche Ergebnisse hätte zeitigen können.) Prof. Dr. Esch sagt ferner, daß eine gewisse Beweiskraft für eine überstandene Gravidität nur den an den Brüsten und an der Bauchhaut befindlichen Striae zukomme. Striae an den Oberschenkeln und am Gesäß seien schon oft beobachtet worden, ja sogar bei Männern. In Uebereinstimmung damit beschreibt Mayr Jul. K. die sogen. „Striae extensae", die nach stärkeren Fettverlusten an vorher stark gespannten Stellen auftreten (wie an den Nates, an den oberen Extremitäten und an der unteren Bauchwand), die als Charakteristicum aufweisen, daß sie den Langer'schen Spaltlinien der Haut entsprechend angeordnet sind. Schulz bringt diese Erscheinungen, die bei Frauen, die noch nicht geboren haben, bis 30 %, bei Männern nur bis 6 % gefunden werden, auf das stärkere Breitenwachstum um die Zeit der Pubertät in Zusammenhang. Bemerkenswert ist auch die Angabe Dr. Höligens, daß die Brüste abwechselnd rechts und links anschwollen. Es ist das ein Anklang an den sogen. hysterischen Transfert, der bereits von Charcot beobachtet und beschrieben worden ist, und der sich auch bei

der hysterischen Amblyopie, Achromatopsie, Taubheit, Gesichts- und Geschmacksgestörtheit, bei hysterischen Kontrakturen und Lähmungen findet. Der vorliegende Fall ist insofern noch kompliziert, als zu den psychogen bedingten Krankheitserscheinungen auch noch rein funktionelle Störungen hinzutreten, die in einer krankhaften Erregung oder in einer abnormen Ermüdbarkeit, einer verringerten Widerstandsfähigkeit, einem gestörten Chemismus zu suchen sind. Die vorliegenden Störungen des Magens, des Darms und der Blase können nur aus solchen Betriebsstörungen erwachsen sein. Wenn dann noch seelische Vorgänge dazu kommen, wird die bereits gesteigerte körperliche Erregbarkeit sich ganz besonders leicht in gewissen krankhaften Störungen der körperlichen Funktion innerer Organe auswirken.

Ich vermute, daß diese so wechselvollen Bilder ihre Begründung haben in Verlagerungen des vegetativen Nervensystems, entweder so, daß die Ganglien dieses Systems an atypischen Stellen liegen, oder daß ihre marklosen Fasern sich nicht auf die glatte Muskulatur beschränken, sondern in die quergestreifte Muskulatur sich verirren und dort Zustände hervorrufen, die dem Gedankenaufbau der auf unserer normalen Topographie aufgebauten Schlußfolgerungen Hohn sprechen, und die uns vor immer wechselnde und kaum zu entwirrende Rätsel stellen. Genau so, wie in der Pathologie eine Vermischung und Verlagerung der verschiedenen Keimblätter so große Verschiedenheiten im Wachstum und in der Degeneration der Gewebe hervorrufen, genau so gibt es pathologische Vermischungen, Verquickungen und Verlagerungen des vegetativen animalen und des sogenannten „Intramuralen Systems", („enteric Systems nach L a n g l e y), welche diese rätselhaften Phänomene aufklären werden. Das ist eine Hypothese, die als Erkenntnis hinzustellen sicher einmal der Forschung gelingen wird. Mit dieser Vorstellung läßt sich auch die Tatsache sehr gut in Einklang bringen, daß nach operativen Eingriffen (Laparatomie etc.), bei denen nichts besonderes gefunden wurde, und die Bauchdecken mit dem Gefühl des vergeblichen Bemühens wieder geschlossen wurden, sich häufig schon Störungen dieser Art vermindert oder behoben haben, weil eben diese atypischen Verbindungen der verschiedenen Nervensysteme gelöst oder getrennt wurden, ohne daß der Chirurg wußte, welch' glücklichen Schnitt er gemacht hatte.

Fall 3. „A." 30jähriger lediger Landwirt. Diagnose: Hypochondrisch depressive Stimmungslage. Trommelbauch. Anamnese: Familie durchschnittlich nervös, Vater sei an Arterienverkalkung, Mutter an Herzfehler gestorben, sechs Geschwister seien gesund bis auf die erwähnte Nervosität. Eigene Anamnese: Mit 14 Jahren Verbrennung auf d. r. Stirn, als 11jähriger vom Boden gefallen, sei stets sehr aufgeregt und nervös gewesen. Er kam nie zur Ruhe, war kribbelig, dabei immer schwächlich, habe sich in der Jugend sehr abgearbeitet, da er während des Krieges mit seiner Mutter allein auf dem Hofe gewesen wäre. Seit fünf Jahren, seit dem Tode der Eltern habe sich dieser Zustand verschlimmert. Er schlafe nachts kaum noch, da ihm immer Gedanken kommen über alle möglichen Angelegenheiten, er ärgert sich dann sehr dabei. Dann kommen nachts manchmal Anfälle, wobei er aber nicht den Verstand verliert, sondern genau weiß, was los ist. Er kann dann nur nicht sprechen. Einmal hatte er fünf Minuten lang Zittern am ganzen Körper, er bleibe aber dabei bei klarer Besinnung. Um überhaupt in Schlaf zu kommen, nimmt er jeden Abend einen Rosenkranz mit ins Bett. Er klagt über Blutandrang zum Kopf und Kopfschmerzen besonders bei Witterungswechsel. Seine Bauchnerven seien lahm, oft könne er aber den Bauch bewegen, und man höre dann glucksende und plätschernde Geräusche. Vor fünf Jahren habe ihm ein Astrologe gesagt, bei ihm seien einige Nerven abgestorben. Für ihn gibt es keine Rettung mehr, er fühlt sich schwach, muß sich auch zu der kleinsten Arbeit kolossal anstrengen und aufraffen, obwohl er körperlich kräftig ist, er ist lebensmüde, hat immer Appetit genug, Stuhlgang selten (alle zwei Tage). Wasserlassen o. B. Sehen, Riechen, Schmecken, Hören o. B. Immer schwere Gedanken im Kopf, die ihn „zum Ruin" treiben. Wenn er z. B. eine Arbeit verrichtet hat, muß er nachher lange Zeit darüber nachdenken, und diese Gedanken wird er nicht los. Mädchenbekanntschaft hat er nicht, weil er mit Mädchen nichts zu tun haben will. Selbstbefleckung, da der Geschlechtstrieb bei ihm sehr groß sei. Wenn er keinen Stuhlgang habe, gehe alles dahin, früher jeden Tag einmal Selbstbefleckung, heute nicht mehr so oft. Befund: Klein, ausreichend ernährt, kräftig. Gerötetes Gesicht, cyanotische Hände, feuchte und kalte Extremitäten. An den Reflexen der Extremitäten sind keine Besonderheiten, sie sind etwas lebhaft. Bei Untersuchung des Bauches wird dieser vorgetrieben, so daß man meint, eine hochschwangere Frau vor sich zu haben, dann wieder eingezogen, dabei entsteht lautes, plätscherndes und gurrendes Geräusch.

Neben der Wiedergabe der eben angeführten poliklinischen Karte sei es gestattet, auch die Anamnese und den Befund aus der Nervenklinik wiederzugeben.

Eigene Angaben: (Herr A., wie geht es Ihnen?) „Ach, ich habe keinen Lebensmut mehr, ich sehe ein, daß ich verloren bin." (Warum denn?) Ja es ist mir gerade so, als ob mir etwas im Kopfe fehlt. Ich kann nichts mehr behalten. Warum muß ich einfacher Arbeiter über alles, was ich tue, nachdenken. Bei allen Arbeiten muß ich meinen Geist so anstrengen, ob ich es auch richtig mache. Ich kann nicht gleichgültig arbeiten: ich kam nicht mehr zur Ruhe und nahm aus Ver-

zweiflung Kleesalz. Seit zwei Jahren gehe ich schon ganz früh zur Kirche, um nicht mit so vielen Leuten zusammenzukommen, ich habe Scheu vor den Menschen und kann mich nicht sehen lassen. Wenn ich nämlich des Nachts nicht habe schlafen können, sehe ich am Morgen wie ein sittlich verkommener Mensch aus. Mein Gesicht ist blaß, die Augen liegen tief und sind trübe. Meine Haare sind wüst, sehen wie Totenhaar aus. Einmal hat ein Bekannter zu mir gesagt: „Wie siehst Du denn aus, hast Du die ganze Nacht durchpoussiert? Früher habe er auch wohl harmlosen Verkehr mit einem Mädchen gehabt, seit vier Jahren aber nicht mehr. (Warum denn nicht?) Wenn sie mich sehen, dann haben sie die Nase doch bald voll. Vielleicht sehe ich heute nicht so schlecht aus, aber sonst ist das ganz anders. Daß ich total verkommen und heruntergekommen bin, das weiß ich doch wohl. (Warum können Sie nachts nicht schlafen?) Es frißt in mir ein Aerger, wenn ich mir die Gedanken aus dem Kopf schlagen will, so glückt mir das doch nicht, das ist zum Wahnsinnigwerden. Wenn er mit andern zusammenarbeite, könne er sich nicht mit ihnen unterhalten, weil er eben mit seinen Gedanken bei der Arbeit sei. Ich fürchte den Tag, ich fürchte die Nacht, ich fürchte alles, ich fürchte das Leben. Wenn ich nichts mehr zu tun brauchte, wenn ich nur noch mich freuen könnte, dann wollte ich wohl noch leben, so aber nicht. (Welche Freude meinen Sie denn?) Ich wünschte wieder gesund zu werden und heiraten zu können. (Was fehlt Ihnen denn sonst alles?) Ich fühle mich immer unwohl, habe ständig eine belegte Zunge und daher einen komischen Geschmack im Munde. Wenig Stuhlgang, meist nur jeden zweiten Tag. Aber so wenig, daß es nicht der Rede wert ist. Ich habe stets furchtbare Kopfschmerzen, die auch nicht weggehen, wenn ich zu Bett liege. Vor drei Wochen habe ich mir den kleinen Finger der rechten Hand gequetscht, da stieg der Druck zum Kopf, und die Kopfschmerzen verschlimmerten sich. Oft habe er sich, wenn der Blutdruck sehr quälend gewesen sei, an der Stirn und am Bein mit dem Messer geschnitten, um das Blut abzulassen. Das Schlimmste sei aber das Glucksen im Leib, er sei nicht eher zufrieden, bis die Luft heraus sei. Seine Schlaflosigkeit sei zum Wahnsinnigwerden. Mit seinen Geschwistern zu Hause vertrage er sich gut, seinen Vater habe er früher wohl 'mal gekränkt, er habe bei der Arbeit immer alles besser gewußt als sein Vater, und nun habe der Herrgott ihn dafür gestraft. Sein Vater sei ihm kurz nach seinem Tode im Schlafe erschienen, er habe ein grimmiges Gesicht gemacht, und habe einen langen Bart gehabt. Am nächsten Tage geht es ihm auf Befragen sehr schlecht, im Vordergrund stehen immer noch die Kopfschmerzen, die Stuhlgangsbeschwerden und die glucksenden und gurgelnden Blähungserscheinungen im Leib. Die Gase, die ihm entweichen, haben für ihn einen besonders ekelhaften Geruch, er glaubt sich nicht mehr in Gegenwart anderer Patienten aufhalten zu dürfen. Neben den Kopfschmerzen hat er über das Ganze geschaltet ein übergroßes Gefühl von Müdigkeit.

B e f u n d : 29jähriger, mittelgroßer Patient in ausreichendem Kräfte- und Ernährungszustand, stark gerötetes Gesicht, cyanotische Hände. Haut und sichtbare Schleimhäute sind gut durchblutet. Keine Exantheme auf der Haut. Hals: keine Struma, keine Drüsenschwellungen. Kopf:

nirgendwo klopf- oder druckempfindlich. Nervenaustrittsstellen o. B. Patient atmet in der Hauptsache durch die rechte Nasenöffnung. Aeußerer Gehörgang o. B. Mimische Muskulatur o. B. Augen: Lidspalte bds. gleichweit, Bulbi werden nach beiden Seiten gleichweit bewegt Kein Nystagmus. Pupillen sind ungleich, rechts größer als links, rund. sie reagieren gleichmäßig auf Licht und Convergenz. Conjunktival- und Cornealreflex bds. positiv. Mund: Zunge feucht, nicht belegt. Beim Herausstrecken leichtes Zittern. Wird nach allen Seiten gleichmäßig bewegt. Tonsillen etwas vergrößert und gerötet. Lungen o. B. Herz: Grenzen nicht verbreitert. Töne rein, Aktion regelmäßig. Puls 4×19. Blutdruck: 135/80 mm Hg. Abdomen befindet sich aufgetrieben in Thoraxhöhe. Bei aktiver Bewegung der Bauchdecken ist ein gurrendes und glucksendes Geräusch hörbar, ebenso bei der Untersuchung. Der Leib ist nicht druckempfindlich. Leber und Milz sind nicht vergrößert abzutasten. Bauchdeckenreflexe sind bds. gleich, sehr lebhaft. Cremasterreflex bds. gleich, sehr lebhaft. Fluchtreaktion des ganzen Rumpfes. Obere Extremitäten: Muskeltonus links größer als rechts, Motilität links kleiner als rechts. Keine Adiadochokinese. Hyperhidrosis: Finger-Nasen und Finger-Fingerversuch richtig. Radiusperiostreflex und Sehnenreflexe beiderseits gleichmäßig und normal. Untere Extremitäten: Tonus und Motilität o. B. Hyperhidrosis. An beiden Unterschenkeln Varizen, rechts mehr als links. Knie-Hackenversuch richtig. Patellarsehnenreflex bds. gleich. Kein Babinski, Mendel-Bechterew, Oppenheim, Gordon, Marie Foix, Rossolimo, Romberg. Keine Gangstörungen. Sensibilität für alle Qualitäten nicht gestört. Am nächsten Tage Röntgenuntersuchung i. d. Med. Klinik o. B. Lediglich geringe Ptosis. Kein Anhaltspunkt für Ulkus des Magens oder des Duodenums. Das Blutbild zeigt außer geringer Lymphozythose keine pathologischen Abweichungen. Negativer Wassermann und neg. Meinicke.

B e h a n d l u n g : Eine vierwöchentliche psychotherapeutische Einwirkung bringt dem Patienten wesentliche Erleichterung, die Klagen lassen nach elektrotherapeutischer Behandlung erheblich nach, der Leib schwillt nicht mehr an nach mehrfacher Vibrationsmassage. Der Patient wird zufrieden und umgänglich, nimmt wieder mehr Anteil an seiner Umgebung, freut sich über den Besuch seiner Verwandten, und hält sich für gesund, wenn er seiner geregelten Arbeit zu Hause nachgehen kann. Die Stuhl- und Schlafstörungen haben sich nach gelinder medikamentöser Behandlung gebessert. Die Kopfschmerzen sind verschwunden.

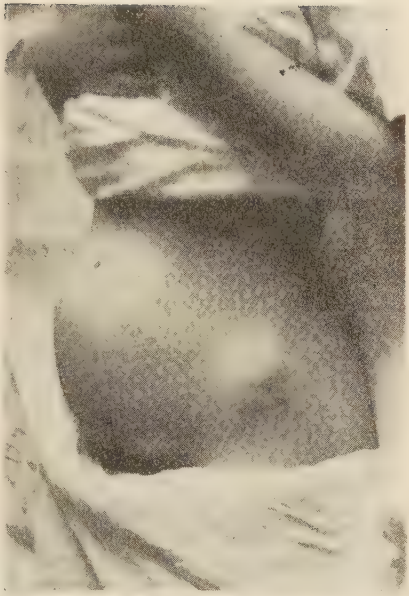
## Beleuchtung des 3. Falles „A".

Zunächst drängt sich auch hier die hysterische Charakterveranlagung in den Vordergrund, die noch durch den objektiven Befund gestützt wird. Die Mutter war schon sehr nervös, so daß eine ererbte Minderwertigkeit des Nervensystems nicht ausgeschlossen werden kann. Die Traumen in der Kindheit, Verbrennung und Fall vom Boden, stehen auch vielleicht mit der aufgeregten und nervösen Veran-

lagung in Verbindung. Die Krampfzustände sowie die funktionellen Magen- und Darmstörungen, die Aphonie und Hyperaesthesie, sowie die Migräne weisen auf Hysterie hin; der Behandlungserfolg macht daraus eine Tatsache. Auch hysterische Anaethesien sind vorhanden, der Patient bringt sich selbst an Stirn und Beinen Schnittwunden bei. Die Anisochorie, das Zittern der herausgestreckten Zunge, die sich aktiv bewegenden Bauchdecken, die Fluchtreaktion des ganzen Rumpfes, die Verschiedenheit des Muskeltonus und der Motilität rechts und links, und endlich die an sich auch nicht gerade sehr bedeutende Lymphocytose des Blutbildes lassen auf hysterisch-neuropathische Veranlagung schließen.

Neben der hysterischen Veranlagung steht in diesem Falle die depressive hypochondrische Note. Sie ist in Verbindung zu bringen mit den wichtigsten Veränderungen im Vorstellungsleben des Neurasthenikers, dem Hervortreten von Vorstellungen ängstlichen Inhalts. Der Patient beobachtet seinen Körper und entdeckt immer neue Krankheiten und Leiden, er malt und zeichnet diese Dinge mit den Mitteln, die ihm seine Phantasie oder irgendwelche Lektüre von Heilkundigen in die Hand gibt. Er fühlt sich immer unwohl, glaubt stets eine belegte Zunge zu haben und einen üblen Geruch im Munde. Er beobachtet seinen Stuhl, der ihm besonders stinkend vorkommt und nicht ausreichend, die abgehenden Gase sind ihm besonders unerträglich. Seine eigenen Beobachtungen genügen ihm nicht, er findet sie bestätigt bei seiner Umgebung, er sucht einen Astrologen auf, der ihm sagt, bei ihm seien einige Nerven abgestorben. Seine Depression ist begründet einmal in Zwangsvorstellungen, dann aber auch in einer Art von Versündigungswahn. Er glaubt, der Herrgott strafe ihn jetzt dafür, daß er früher seinen Vater gekränkt, und bei der Arbeit immer alles besser gewußt habe. Dafür erscheine der Vater ihm jetzt im Schlafe in schrecklicher Gestalt. Dieser Versündigungswahn gräbt ein so tiefes Schuldbewußtsein in seine Seele, daß er regelrecht menschenscheu wird. Er geht seit Jahren ganz früh zur Kirche, um möglichst wenig gesehen zu werden, er kommt sich wie ein sittlich verkommener Mensch vor, von dem niemand etwas wissen will, vor allem auch die jungen Mädchen. Dadurch wird sein Hang zur Onanie noch verstärkt, der an sich die Neurasthenie zur Grundlage hat. Es ist nicht die Onanie des Starken, der aus Mangel an Objekten nicht weiß, wo er „seine Talente“ lassen soll, es ist die

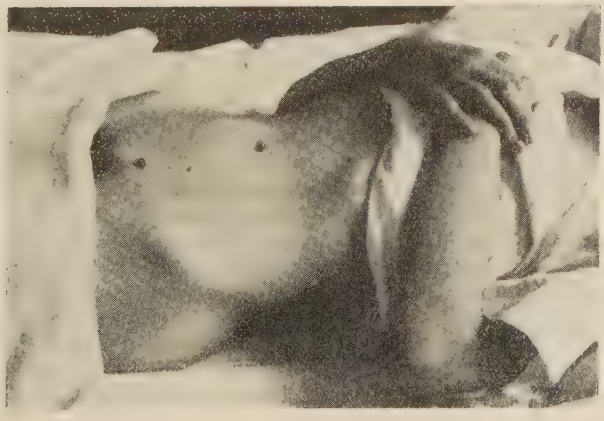
krankhafte hysterische Schwäche, die sich bei allzustarker Betrachtung der eigenen Körperlichkeit in einem Wegwerfen der Manneskraft und der Willensstärke verliert. Neben dem Versündigungswahn wird die Depression durch Zwangsvorstellungen ängstlichen Inhalts, durch Grübel- und Zweifelsucht, sowie durch das stets vorhandene Gefühl einer geistigen Ermüdung genährt. Der Patient fürchtet den Tag, er fürchtet die Nacht, er fürchtet alles, selbst das Leben. Stets quälende Gedanken über alles, was er auch anfaßt, ob er es auch richtig gemacht hat, er hat alle Lebenslust verloren, und versucht sich mit Kleesalz zu vergiften. Neben den abnormen Erscheinungen im Vorstellungsleben des Kranken sind, und das ist nicht verwunderlich, gleichzeitig auch somatisch-funktionelle Störungen und krankhaft organische zu finden. Hierunter fallen die migräneartigen Kopfschmerzen und die Magen- und Darmerscheinungen. Hierunter fällt auch die Erscheinung des Trommelbauches und der Aerophagie. Auch hier liegt eine engere Verbindung des vegetativen Nervensystems mit dem Bewußtsein vor, als das in der Norm der Fall ist. Wenngleich die Tätigkeit des vegetativen Nervensystems von dem im Großhirn zustandekommenden Willen nicht oder nur wenig abhängig ist, so bestehen doch enge Beziehungen zum Großhirn. Vom Großhirn und zwar vom Zwischenhirn, den Höhlengrau der Wand und der Ganglienguppe vom Boden des III. Ventrikels nehmen auch die vegetativen Fasern ihren Ursprung, außerdem allerdings auch von der Medulla oblongata und vom Rückenmark. Wenn nun eine Verlagerung der autonomen Fasern im Gewebe erfolgt, die sonst von animalen Fasern versorgt werden, und wenn dann überwertig gewordene Vorstellungen sich teilweise bewußt, teilweise unbewußt auswirken, so kann man die Fluchtreaktion des gesamten Bauches verstehen und auch das Zustandekommen des Trommelbauches. Durch Reizzustände des an sich pathologisch gefügten Nervensystems entstehen spastische Einschnürungen und Verziehungen von Magen- und Darmteilen, die ein Ansaugen von Luft durch den Oesophagus in die Darmteile bedingen, ein Zurückweichen der Luft jedoch wie bei einem Ventilverschluß nicht zustandekommen lassen, und auf diese Weise die gurgelnden Geräusche und die Tympanie des Ballonbauches hervorrufen. Oder aber die andere Möglichkeit, daß sich aus denselben nervenpathologischen Zuständen heraus das Zwerchfell spastisch nach unten vorwölbt, und so durch den erheblichen Druck auf die Bauch-



Fall aus d. Psychiatrischen u. Nervenklinik d. Universität Münster/Westf. Prof. Dr. F. Kehrer.

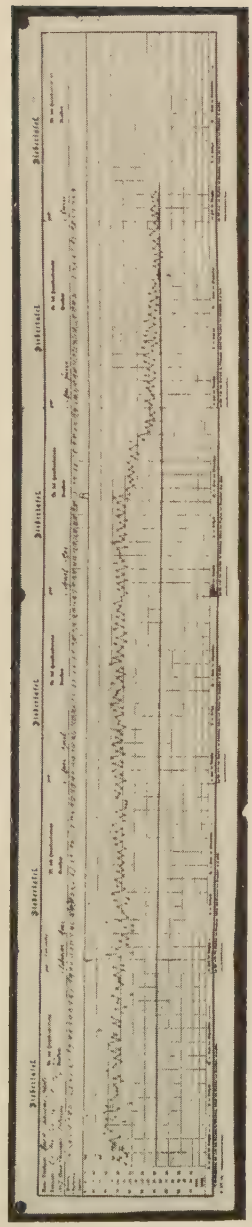
Psychogene Harnretention vor u. nach d. Behandlung. In vesica hatten sich 2800 ccm Urin angesammelt.

Mit gütiger Erlaubnis von Herrn Prof. Dr. F. Kehrer.



höhle den Ballonbauch hochtreibt. Für die letztere Erklärung spricht vor allem der Umstand, daß bei Bauchlage die Erscheinung fast verschwindet, bei Rückenlage sich der Ballon wieder hochwindet. Es kann aber auch beides zusammenwirken, das Zwerchfell als Druckfläche und der Magendarmtraktus als Saugpumpe.

**4. Fall.** „F." Hysterischer Trommelbauch mit besonderen Temperaturerscheinungen. Anamnese: Vater war angeblich nervös, ein Bruder nervenleidend. Er selbst früher Bettnässer bis zum 20. Lebensjahr, wenn er nachmittags etwas trank. Auf der Schule öfters leichte Angstgefühle. Oft Verstimmungen mit Angstgefühlen und großer Erregbarkeit. Oktober 1916 eingezogen. Im Urlaub von der Front zur Heimat (später sagte er aus, von der Heimat zur Front fahrend) meldete er sich wegen Schmerzen auf der rechten Lungenseite krank. Er kam in's Lazarett, wo außer irregulärem und verlangsamtem Puls nicht das geringste an den Lungen gefunden wurde. 6 Tage später zeigte er angeblich infolge Lungenblutung Blut, das aber alle Zeichen einer solchen vermissen ließ, vielmehr von 2 blutigen Stellen oberer Rachenwand stammte, aus denen er es ausgesogen hatte. 17. 1. 17 auf Befehl der Laz. Must. Kommission k. v. zur Truppe. Auf der Fahrt dorthin wieder Krankmeldung, in K. Aufnahme in's Lazarett am 23. 1. 17. Die ersten Tage 39,5 Fieber, dann Besserung. Nach fünftägigem Dienst kam er wieder wegen Brust-, Rücken- und Kopfschmerzen in ein Vereinslazarett, wo über den Lungen angeblich trockenes Rasseln festgestellt wurde, sowie sehr häufiges Wasserlassen. Sputum o. B. 16. 11. 17 erholungsbedürftig in's Revier geschickt. 28. 1. 17 gerötetes Gesicht, beschleunigte Atmung und Herztätigkeit, starker Schüttelfrost, braunverfärbter Auswurf, Dämpfung hinten unten rechts, links ohne Nebengeräusche bei abgeschwächter Atmung. Die nächsten Tage Fieber zwischen 40 und 41 wechselnd, starke Unruhe, kein Schlaf, anhaltende Kopfschmerzen. Kein Blutspucken. 29. 1. 17. Keine Aenderung, auf Veronal 1,0 gut geschlafen, seit gestern nachmittag drei mal Stuhlgang, von breiiger Konsistenz und dunkelbrauner Farbe. Klagt empfindlich über Mattigkeit und Schmerzen im Rücken. Leib stark aufgetrieben, druckempfindlich, tympanitischer Schall. 30. 1. 17 Befund derselbe. Schlaf gut, Schmerzen in der rechten Seite. Ueber Unterlappen rechts vorn und hinten Dämpfung. Atemgeräusch verschärft. Ab und zu Knisterrasseln. 31. 1. 17: Hat ziemlich gut geschlafen. Klagen über Schmerzen in der rechten Seite. Lungenbefund wie am Vortage. Leib noch stark aufgetrieben, ausnahmsweise starker Durst. 10—12 l Wasser bezw. Zitronenlimonade in 24 Stunden. Stuhlgang regelmäßig, Eßlust gering. Urinuntersuchung: Aussehen hell, wasserklar. Reaktion sauer, spez. Gewicht 1001. Kein Eiweiß, kein Zucker, kein Blutspucken. Am 1. 2. 17 Schlaf wenig, starke Unruhe, Durst läßt auf kleine Opiumgaben etwas nach, Leib noch stark aufgetrieben, druckempfindlich, Magengegend weicher, Kopfschmerzen. Eßlust gering, große Mattigkeit, Urin normal gefärbt, klar, rein, kein Stuhlgang. Am Nachmittag wieder blutiger Auswurf, Lungenbefund unverändert. Vom 3. bis zum 13. 2. 17 bringt der Befund nichts wesentlich neues. Der Unter-



leib in alter Weise hart gespannt mit tympanitischem Schall. Rechts vom Nabel fängt eine Dämpfung an, diese Stelle ist stark druckempfindlich. Die Dämpfung ist tageweise da, dann ist sie wieder plötzlich verschwunden. Die Schlaf- und Stuhlbeschwerden treten wechselnd auf und verschwinden wieder nach medikamentöser Behandlung. Bei 41,9 Grad Temperatur kein Eiweiß und kein Zucker im Urin.

Einige Wochen später im Lazarett Homburg Heilung innerhalb einiger Minuten durch Gewaltpsychotherapie.

**4. Fall.** „F." (Beleuchtung). Dieser Fall ähnelt sehr dem vorhergehenden. Das Bettnässen in der Jugend, die nervöse Veranlagung der Verwandten deuten auf die neuropathische Constitution, die Angstgefühle, Verstimmungen mit Kopfschmerz und weinerlichen Depressionen desgleichen. Im Vordergrund stehen die Schmerzen im Unterleib, der stark gespannt ist mit tympanitischem Schall. Die Dämpfung rechts vom Nabel, die Druckempfindlichkeit, die tageweise vorhanden ist, um dann wieder zu verschwinden, kann so erklärt werden, daß hysterische Hyperaesthesie vorliegt verbunden mit einem zeitweise besonders rechts tiefgepreßten Zwerchfell, das die Leber, bzw. dortige Darmteile so fest an die Bauchdecken vorpreßt, daß die Dämpfung auftritt. Hinzu kommen hier Störungen der zum Herzen und zu den Nieren ziehenden autonomen Vagusfasern, die einmal den unregelmäßigen und verlangsamten Puls, auf der andern Seite die Nierenstörung bewirkt, die in Gestalt von Pollakisurie und Polyurie, und der damit verbundenen Polydipsie in Erscheinung tritt. Die vorübergehende Dämpfung über der Lunge vorn rechts und hinten rechts sind bei dem braunrotgefärbten Auswurf als Stau-

ungslunge zu deuten im Verfolg der gestörten Herzfunktion, als sogenannte „Braune Induration". Diese kann aber außerdem zusammenhängen mit vegetativen Störungen im Zwerchfelleberbereich mit Kompression der Alveolarlumina und Ausbuchtung der Lungenkapillaren. Daher auch die Dyspnoe und die kompensatorische, vermehrte Atemtätigkeit, um den Bedarf an Sauerstoff zu decken. Eigenartig und schwer zu erklären ist das 7 Wochen anhaltende hohe Fieber von 40 und 41 Grad. Für eine Infektionskrankheit gibt der Befund keinen Anhalt, die Fieberkurven sehen bei den uns bekannten Infektionskrankheiten anders aus. Vorhanden ist die Möglichkeit einer durch nervöse oder hormonale Einflüsse bedingten Schädigung des Wärmezentrums, die wohl vermutet, aber nicht bewiesen werden kann. Jedenfalls gehören derartig lang anhaltende nervös-hormonale Fieberhöhen zu großen Seltenheiten. Wir werden hier bei der fortgesetzten Reizbeantwortung des vegetativen Nervensystems an eine cerebral bedingte Einwirkung auf das Wärmeregulationszentrum zu denken haben, die psychisch bedingt ist, das ganze Krankheitsbild deutet darauf hin. Möglich ist natürlich auch eine cerebrale Herderkrankung, die nach Reichardt zu derartigen Fieberzuständen führen kann. Wunderlich erklärt sie mit dem Fortfall „moderierender Einflüsse" durch örtliche Störungen der Hirnsubstanz, also nicht durch Reizsymptom. Möglich ist auch eine Einwirkung der riesigen Wassermengen, die der Patient trank. Wir kennen bei Säuglingen das sogen. Durstfieber, das nach Freund z. T. durch die Verminderung der Wassermenge bedingt ist, die zur Verdunstung zur Verfügung steht oder, was Freund für noch wahrscheinlicher hält, daß der Einstrom des Gewebswassers in die Blutbahn Störungen mit sich bringe, die zu den toxisch-zentralen Temperatursteigerungen zu rechnen sind. Krehl sagt, man könne die Möglichkeit einer Fiebererzeugung durch Hysterie nicht leugnen, wissenschaftlich einwand- und einwurfsfrei bezeugt sei das aber noch nicht. Eichelberg berichtet von dem Gelingen, hypnotisch Fieber zu erzeugen. Einmal ist es möglich, daß die Psyche auf das Wärmezentrum in der grauen Substanz des Zwischenhirns, in der Regio subthalamica, im Tuber cinereum einen direkten Einfluß ausüben kann, dann aber ist es auch möglich, daß die Psyche indirekt durch die sympathische Innervation wirkt, die ja zur Erzeugung der fieberhaften Wärmebildung eine hervorragende Rolle für alle Organe spielt. Man denke nur an die sym-

pathikotropen Gifte, die die Temperatur des Körpers erhöhen wie Adrenalin und Tetrahydronaphtylamin. Aber für die weitere Betrachtung stehen wir noch vor vielen Rätseln, wie kennen nicht die verschlungenen Wege, auf denen die wärmeregulierenden Vorrichtungen des Gehirns verlaufen und ihre Einwirkung auf den Stoffwechsel vollführen.

Nach Kehrer muß zwischen dem hysterischen Fieber und dem zerebralen unterschieden werden, d. h. dem echten Fieber, das auf einer organischen Störung jener Einrichtungen für die Erhaltung der Eigenwärme zurückzuführen ist, die nach Krehl in die Gegend zwischen dem frontalen Ende des Thalamus und den Vierhügeln gelegen sind. Ein Zustandekommen hysterischen Fiebers durch psychogene Beeinflussung des Zentrums sei denkbar, ja sogar halbseitig auftretend, aber es fehlten darüber noch einwandfreie Beobachtungen. Kehrer weist dabei auf die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen nervösem Scheinfieber und dem echten Fieber psychogenen Ursprungs hin, den auch Pinard und Kausch forderten, und der in dem Gegensatz zwischen einer isolierten Temperatursteigerung entweder nur der Körperoberfläche oder nur der Körperinnenfläche beruhe. Man spreche von nervöser Ueberhitzung oder von neurotischem Hautfieber in den Fällen, wo normale Temperaturen im Körperinnern gemessen würden. Unbestritten sei die zentrale Beeinflussung der Innervation der Blutversorgung und der Schweißsekretion der Haut, und die dadurch bedingte Ueberhitzung bei entsprechend disponierten vasomotorischen-hidrotischen und lymphophilen Menschen, exogen und psychogen bedingt, doch pflege, was die Kriegserfahrungen bewiesen hätten, meist diese Ueberhitzung mit einer ausgedehnten Blutüberfüllung einherzugehen. Kehrer hat allerdings auch bei halbseitigem hysterischen Schüttelwakkeln als Begleiterscheinung halbseitige Ueberhitzung beobachtet auch ohne Steigerung der Fluxion bei normaler Rektumtemperatur, und zwar unter Ausschluß eines durch Reibung etwa hervorgerufenen „Thermometerfiebers". Bei den Beobachtungen von Oppenheim und Redlich über Temperaturerhöhungen bei vasomotorisch Labilen mit frischer traumatischer Kriegshysterie scheint es sich nach Kehrer um das genannte vasomotorische Hautfieber gehandelt zu haben. Nicht könne man aber Temperaturerhöhungen, die als Begleiterscheinungen manisch-depressiver Phasen neben andern innersekretorischen Störungen (z. B. Amenorrhoe) auftreten, in das „hysterische Fieber" einrei-

hen. Kehrer erwähnt auch jene noch ungeklärten Fälle von Scheinfieber, die O. Fischer bei negativistischem Stupor beobachten und mit Hyoszin-Morphium kupieren konnte, ferner einen Fall, den von Hartstein mit Morphium herunterdrücken konnte bei gänzlicher Unbeeinflußbarkeit durch Antipyretika, und betont, daß natürlich nicht aus der Unbeeinflußbarkeit durch Antipyretika auf eine hysterische Bedingtheit geschlossen werden könne.

### Ausblick in das Tierreich.

Zur Scheinträchtigkeit und zur hysterischen Schwangerschaft im Tierreiche eine Parallele zu ziehen, ist schon öfters versucht worden, stößt aber einmal auf die klar vorliegenden besonderen Schwierigkeiten, und das andere Mal wird die echte Hysterie bei Tieren von den meisten Wissenschaftlern überhaupt abgelehnt. Es liegen Beobachtungen bei Hündinnen, Stuten, Ziegen (Vageler) und Mutterschweinen (Cattani) vor, daß bei verhinderter Begattung im 2. Monat nach der Brunst ähnliche Erscheinungen eintraten wie nach eingetretener Trächtigkeit: Anschwellen des Leibes und der Milchdrüsen, Milchabsonderung, Zusammentragen von Material zum Nestbau, Winseln wie bei echten Wehen, Anschwellen der äußeren Geschlechtsteile, Schleimabsonderung aus der Scheide und ähnliches. Ueber Pseudolaktion haben besonders de Bruin, Wedemayer, Cattani und Graf Spee geschrieben. Uebele erwähnt sogar das Vorkommen von Eklampsie bei Hündinnen, die noch nie trächtig oder säugend gewesen waren. Diese „Convulsiones puerperales" traten zu einer Zeit ein, in welcher der Eintritt der Laktation zu erwarten gewesen wäre. Zschokke erwähnt, daß Tiere, deren Euter erkrankt gewesen war, nach Ablauf dieser Entzündung Milch abgesondert hätten, ohne daß sie inzwischen trächtig geworden seien. Ein Teil der Aerzte führt diese Erscheinungen auf die Einwirkung von Hormonen zurück (Raitsitz und Starling), deren ungeheuer feiner Mechanismus von uns auch nur hypothetisch und in groben Linien zu erklären versucht wird. Andere wie Vageler, Lamer und Guillebeau (Bern) sehen darin eine Art von Hysterie, bei der Erinnerungsbilder an die Vorgänge bei den Ahnen einen Reflexablauf auslösen. Nach Guillebeau beginnt der Vorgang mit dem Festhalten eines Reizes in der Nervensubstanz, der sich dann mit einer hereditären Reflexanlage verknüpft. In Parallele hier-

mit stellt er andere bei wildlebenden Tieren automatisch rhythmisch auftretende Tätigkeiten wie Geweih- und Haarwechsel, das sich rhythmisch einstellende Hungergefühl, den Durst, und die nach ganz bestimmten Pausen eintretende Defäkation. Raitsitz verwirft die Ansicht, die Pseudolaktation bei Tieren könne als hystericähnlich bezeichnet werden, weil die bei gesunden Tieren auftretenden Symptome nicht durch Einbildung hervorgerufen würden, sondern bereits bestehende Veränderungen lösten mit einem absoluten Muß den Ablauf des reflektorischen Vorganges aus. „Sonst müßten wir ja auch jenes Huhn, das die fremden Enteneier ausbrütet und die jungen Enten wie seine eigenen mütterlich pflegt, eine auf hysterischer Grundlage eingebildete Mutter nennen."

F. A. Kehrer sen. in Heidelberg leitet den Eintritt der Erscheinungen von dem Uebertritt eines in den Eierstöcken, und zwar in dem gelben Körper gebildeten, Lutein genannten Stoffes in das Blut des betreffenden Tieres ab, und dieser Ansicht treten Albrecht in München, Robert Meyer in Berlin und Karl Keller in Wien bei. Dieser gelbe Körper zeige bei der Scheinträchtigkeit dieselbe Dauer wie bei normaler Schwangerschaft. Die bei der Rückbildung des gelben Körpers freiwerdenden chemischen Stoffe würden einmal die Brustdrüsenfunktionen erzeugen und die andern Wirkungen auf den Organismus ausüben wie bei wirklicher Schwangerschaft. R. Kantorowicz hebt hervor, daß die Grossesse nerveuse besonders bei Zwerghündinnen und bei asthenischen, infantilen Tieren vorkomme. Auch ganz junge Tiere nach der ersten Hitze, und ältere, die nie geworfen haben, zeigen nach seinen Beobachtungen öfters die Erscheinungen der Laktation ohne Schwangerschaft. Eingehende Studien liegen über das Gebiet vor von Dr. Hofstätter in Wien; er sieht das Primäre nicht in einer Einbildung des Tieres, sondern macht Vorgänge hormonaler Natur zusammen mit einer instinktiven Empfindung für Schwangerschaftsveränderungen dafür verantwortlich. Er weist darauf hin, daß uns für die Annahme, das Tier könne sich während der ganzen Zeit die falsche Trächtigkeit einbilden, wirklich schwanger zu sein, noch viel genauere physiologische Beobachtungen fehlen. Hofstätter führt allerdings einen Fall eigener Beobachtung an, der die Einbildung beim Tiere in den Vordergrund rückt: „Vierjährige schwarzweiße Foxterrierhündin, die das letzte Mal vor 2 Jahren geworfen hatte und seither von männlichen Hunden getrennt gehalten

wurde. Zur Zeit der Brunst leidet das Tier jedesmal ganz außerordentlich, verweigert die Nahrung und kommt stark an Gewicht herunter. Wiederholt wurde dabei deutlicher Blutaustritt am Genitale beobachtet. 2 Monate nach der Frühjahrsbrunst, 1920 und 1921, bedeutende Schwellung der Brustdrüsen, auf Druck Colostrum. Nach 2—3 Tagen leckt das Tier selbst seine erigierten Zitzen so heftig, daß Milch absickert. Große Unruhe. Feindliches Verhalten gegen Menschen, die sich seinem Lager nähern wollten. Nahrungsverweigerung. Das Lager wird kaum ein- bis zweimal verlassen. Das Tier winselt viel und krümmt sich oft unter Schmerzen. Nach 4—5 Tagen war jedesmal alles vorüber und das Tier benahm sich ganz normal.

### Psychotherapeutische Heilmethode für diese Fälle.

Da bei dem ersten Fall unter andern Erscheinungen psychogenes Erbrechen in starker Form auftritt, sei es mir gestattet, hier gewisse Leitsätze aus einer Arbeit Klimkes (Univ. Nervenklinik Prof. Kehrer, Münster) anzuführen, der in der Deutschen med. Wochenschrift über psychogenes bezw. habituelles Erbrechen geschrieben hat. Er entwickelt folgerichtig, daß die psychogene Reaktion abklingt, wenn die emotionelle Erschütterung fortgefallen sei, und daß sie weitgehend seelischer Beeinflussung unterliege. Jaspers verlangte als Kriterium dabei, daß der Inhalt der psychogenen Reaktion, in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis stehe und ohne dieses Erlebnis nicht auftreten solle, und daß der Verlauf von dem Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig sei. Schon Kehrer sagt, daß der Begriff der Verständlichkeit nur bedingte Geltung haben könne, da der Begriff der Verständlichkeit doch allzu dehnbar sei. Die Verständlichkeit könne nur dann wertvoll und entscheidend sein, wenn zwischen den Inhalten zweier Erlebnisreihen, die durch einen so großen Zeitraum voneinander getrennt seien, daß ein einleuchtender Zusammenhang zwischen beiden nicht in einleuchtender Weise hervortrete, doch ein verständnisvoller Zusammenhang nachweisbar bleibe. Aus den bearbeiteten Fällen kann geschlossen werden, daß es sogar möglich ist, daß von den Psychotherapeuten die Art des emotionellen Erlebnisses überhaupt begrifflich nicht gefunden wird, und daß bei einem Hineinspielen schizophrener Veranlagung oder gar von Demenztormen zeitweise dies, zeitweise jenes Erlebnis als

die Reaktion auslösend hingestellt werden kann. Damit wäre dann der letzte Faden für eine verständliche Verbindung zwischen Erlebnis und Reaktion sogar gefallen, und doch eine psychotherapeutische Beeinflussung von Nutzen auszuüben nicht von der Hand zu weisen. Bei allen 4 abgehandelten Fällen konnte die Psychotherapie mit Erfolg angewandt werden. Es sei aber betont, daß hier Anstaltsbehandlungen ausgeführt wurden von Fachärzten, die sich der besonderen Schwierigkeiten und der hohen Verantwortung bewußt sind. Die vorliegenden Schwierigkeiten wurden bereits von Kraepelin eingehend dargelegt. Ich greife heraus, daß Geisteskranke noch viel schwerer der Hypnose zu unterwerfen sind als Gesunde, da ja die Krankheit eingestellten Ideen gewissermaßen als dauernde Eigensuggestionen aufgefaßt werden müssen. Gerade bei der Hysterie, bei der ja psychische Wirkungen das Krankheitsbild beherrschen, ist es wohl möglich überraschende Erfolge zu erzielen, wie schon die Paradefälle der „Heilmagnetiseure" lehren. Die Gefahr der Entwicklung autohypnotischer Zustände muß natürlich durch das besondere Geschick des Arztes und die geschickte Handhabung des Verfahrens vermieden werden. Ich darf wohl hier kurz die beiden Hauptmethoden skizzieren, die in der Hand des Kundigen oft so wundervolle Erfolge zeitigen: Die annähernd ungefährliche Anwendungsform des Hypnotismus ist die der mündlichen Suggestion, die Bernheim und seine Schüler geübt haben. Sie steht im Gegensatz zur hypnotischen und suggestiven Behandlung, die als gutgemeinte „Täuschung", als „geistige Ueberrumpelung" aufzufassen ist, es ist die Persuasionstherapie, die besonders Dubois verfochten hat.

Der andere Weg führt über die Untersuchungen von Breuer und besonders Freud in den 90er Jahren. Er baut das System der „psychokathartischen Methode" auf. Sie macht unliebsame Erlebnisse ihrem Inhalt nach bewußtseinunfähig, sie werden ins Unbewußte verdrängt. Das gründet sich darauf, daß, wenn der Zusammenhang eines Erlebnisses mit einem Symptom dem Wachbewußtsein des Kranken wieder zugänglich gemacht wird, die Krankheitserscheinung verschwindet. Der Arzt muß dann also die zur Krankheit führenden Vorgänge aufdecken und dem Leidenden zum Bewußtsein bringen, diese Methode arbeitet mit der hypnotischen Hypermnesie.

**Zusammenfassung:** Es sind vier Fälle beschrieben, die alle auf dem Gebiet der „psychogenen Reaktionen" mit

ihrem Schwerpunkt liegen, bei denen aber einmal die emotionellen Erlebnisse gänzlich verschieden sind, die zu den Reaktionen führen, und auf der andern Seite ebenso vielgestaltig die Erfolgssymptome der Störungen. Sie alle wurden psychotherapeutisch in der Klinik mit Erfolg behandelt.

Beim Fall 1 „H" sehen wir eine ausgesprochene hysterische Charakterveranlagung. Der Umstand, daß der Vater bei einem Eisenbahnunglück umkam, ein Bruder im Kriege gefallen und 2 andere Brüder schwer kriegsbeschädigt sind, können sehr wohl als auslösende Erlebnisse mitwirken, wenngleich der zwischenliegende Zeitraum groß ist und der verbindende Faden nicht klar zu Tage liegt. Durch die verschiedenen Operationen, deren Notwendigkeit z. T. angezweifelt werden kann, hat sich die Hysterie bei der Pat. noch fester angewurzelt, wenngleich es nicht ausgeschlossen ist, daß Verlagerungen und besondere Zustände des Nervensystems dabei eine Rolle spielen, die für die Formgebung der Symptome mitbestimmend waren.

Beim Fall 2 „L." liegt das Besondere darin, daß der gesetzmäßige Schwangerschaftsrhythmus mit seinen hormonalen Motoren in die Störungen eingeschaltet ist, wieder durch Erlebnisse zur Zeit der Pubertät und des ersten Umgangs mit Gefährten des andern Geschlechts. Hier wird der Verbindung zwischen Erlebnis und Reaktion also ein Weg vorgeschrieben, der betreten werden muß, ein Weg, der über die Symptome geht, die bei einer wirklichen Gravidität auftreten. Es ist als ob ein Nervenzentrum den Anstoß zur Tätigkeit bekommen hätte, das durch den Lauf einer langen Vererbungskette sich an die ewige Gestaltung eines immer wiederkehrenden Naturgesetzes klammert. Dabei sind es aber auch hier nicht die Erlebnisse allein, die aus der Umwelt und im Verkehr mit der Umgebung an die Pat. herantreten, sondern es sind auch körperlich gewordene Sensationen, die durch die Besonderheit des Nervensystems ausgelöst sind, und mit ihrem Phaenomen (pralle Auftreibung des Leibes) das Schwangerschaftsbewußtsein unterstreichen. Ob nun diese Besonderheiten des Nervensystems in Verlagerungen der Fasern vermutet werden darf, oder ob man Störungen durch chemische Wirkung von Stoffwechselprodukten dafür verantwortlich macht, das ändert an der Ungeklärtheit des Falles nichts.

Beim 3. Fall „A." haben Hysterie, Hypochondrie, Depressionszustände, Versündigungswahn und Grübelsucht denselben armen Menschen befallen, sie führen zu einem verwickelten Krankheitsbild, aber der Trommelbauch stellt darin doch etwas besonderes dar, was eben nur mit einer Verlagerung vegetativer Fasern erklärt werden kann in Gebiete, wo diese sonst nicht sind. Diese vegetativen Fasern werden durch psychische Vorgänge beim Pat. in einen Reizzustand versetzt und führen zu dem Bild des Trommelbauches. Die Reizzustände werden durch Psychotherapie behoben.

Fall 4 „F." lehnt sich in der Deutung des Trommelbauches eng an den vorigen an. Als auslösendes Erlebnis steht die Fahrt zur Front da, die Schrecken des Krieges und der Waffendienst sind nichts für einen Neurastheniker und Hysteriker. — Als eigenartige Beigabe steht bei diesem Fall die Wirkung auf das Wärmezentrum, die vielleicht als psychogen bedingt erklärt werden kann und in ihrer Intensität und Dauer wohl einzigartig dasteht.

Wem das zu unwahrscheinlich ist, der möge annehmen, es handele sich um ein „Thermometerfieber", das ja auf alle erdenkliche Weise zuweilen von Simulanten erzeugt wird, z. B. durch außerordentlich schnelle Kontraktionen des Sphinkter ani.

Erwähnen möchte ich noch, daß alle Fälle von hysterischem Trommelbauch, die K e h r e r bisher beobachtet und beschrieben hat, bei Männern und Soldaten gefunden wurden; in den 3 ersten Fällen dieser Arbeit tritt derselbe Trommelbauch beim weiblichen Geschlecht auf und gibt besondere Bilder durch sein Eingreifen in die typisch weiblichen Interessen von Schwangerschafts- und Geburtsmöglichkeiten und das Wechselspiel mit verschiedenen Generationserscheinungen.

Literaturverzeichnis:


1. **Albrecht, München:** Paradoxe Geburtssymptome. Münchener tierärztl. Wochenschr. 1911, Nr. XI, 1918, S. 524—528.
2. **Antonen, E.:** Erlebnisse eingebildeter Schwangerschaft. Engström. Mitteilungen, Band XI, 1918, S. 46—49.
3. **Aschaffenburg:** Wandlungen des Neurastheniebegriffs Festschr. d. Akad. f. Med. Köln, 1915, S. 44.
4. **Binswanger, O.:** Hysterosomatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie, Monatsschrift f. Psychiatrie. 38, H. 1/2 1915, S. 264.
5. **Birnbaum, K.:** Handwörterbuch der med. Psychologie. Seite 367—456.
6. **Blechmann, Hans:** Grossesse neuveuse. Inaug.-Diss. Bonn. April 1919.
7. **Bröse:** Hysterie und Frauenkrankheiten. Ref. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 85, S. 1027—1029.
8. **Cattani:** Falsche Trächtigkeit bei einer Sau. La clinica veter., 1917, Nr. 16. Ref. der Tierarzt, 46. Jahrg. 1907, Nr. 16.
9. **Bumke:** Suggestibilität, psychogene Reaktion, hysterischer Charakter. B. kl. W. 1918, Nr. 50, S. 1185.
10. **Denechau:** Gros ventre de guerre on ventre accordéon. Bruits de croissement abdominaux. Presse med. 1919 Nr. 1 Ref. Neurol. Zentr. Blatt 1919, S. 454.
11. **Domrich:** Die psychischen Zustände, ihre organische Vermittlung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten. 1849.
12. **Ebeler, F., Köln:** Zur Kriegsamenorrhoe. Zentralbl. für Gyn., 1917, Nr. 28, S. 696.
13. **Eichelberg:** Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. Bd. 80. S. 229 u. klin. Wochenschr. 1924, S. 2078.
14. **Freund, Hermann:** Pathologie u. Pharmakologie der Wärmeregulation im Handbuch d. norm. u. path. Physiologie, XVII. Correlationen III. Seite 87—99
15. **Fraenkel, Ludw., Breslau:** Normale u. patholog. Sexualphysiologie des Weibes. In Liepmanns Handbuch der Frauenheilkunde, Bd. 3, C. W. Vogel, Leipzig 1914, S. 624—753.
16. **Gaupp:** Ungewöhnliche Formen der Hysterie. Münchener med. Wochenschr. 62. 1129 u. Psych.-neurol. Wochenschr. 17, S. 256.
17. **Guillebeau, Bern.:** Ueber paradoxe Geburtssymptome. Schweizer Arch. f. Tierheilkunde, 1911, Nr. 1, S. 1256—59.
18. **Gutzeit:** Körperliche Symptome bei der Kriegshysterie. Münch. med. Wochenschr. 64, S. 1349.
19. **Heil, Karl:** Ein Fall von eingebildeter Schwangerschaft, Wien. klin. Rundschau, 1901, Nr. 45, S. 845.
20. **Henrich:** Ein Jahr lang bestehende eingebildete Schwangerschaft. Straßburger med. Zeitung, N. 5, zit. nach Kurt Boas, S. 95.
21. **Henz:** Das Männerwochenbett. Sexualprobleme Bd. 5, S. 514, 1919.
22. **Hodges, R.:** A case of hysteria simulating natural labour. Transact. obstetr. Soc. of London, 1860, S. 1367.

23. **Infrait Ch. (Paris):** Un Cas de grossesse nerveuse. Examen radioscopique. Société anatomique de Paris. Séance de janvier 1920, pag. 466.
24. **Jagiê:** Ueber Neurosen der Respirations- und Verdauungsorgane. Wien. med. Wochenzeitschr. 69, 1933/1932.
25. **Jamin:** Ueber Zwerchfellneurosen.
26. **Kafka:** Hysterisches Fieber. Zeitschr. f. d. gesamt. Neurologie u. Physiologie. 16, 434
27. **Kehrer, F.:** Ueber psychogenes u. habituelles Erbrechen von Dr. Wilh. Klimke, Assistent, Nr. 34, 1932, S. 1318—1321.
28. **Kehrer, F., sen., Heidelberg:** Scheinträchtigkeit und Geburt, Deutsche tierärztl. Wochenschr. 1910, Nr. 5 u. die Umschau 1909, Nr. 8.
29. **Kehrer, F.:** Spezielle Symptomatologie d. Hysterie u. Neurasthenie. Handb. d. Neurologie, Erg. Bd. von Bumke u. O. Foerster. 1924. S. 209—222 u. S. 197.
30. **Kehrer, F.:** Ueber psychogen bedingtes Fieber. Im Handwörterbuch d. med. Psychologie S. 225—227.
31. **Keller, Karl:** Vergleichende Physiologie des Geschlechtslebens d. Säugetiere.
32. **Krehl, Ludwig:** Pathol. Physiologie. I. Bd. S. 97—111.
33. **Kretschmer, E.:** Mediz. Psychologie 1922, Körperbau und Charakter, 1922 u. Ueber Hysterie, Thieme, Leipzig 1923.
34. **Krummacher:** Eingebildete Schwangerschaft bei einer 48jährigen Mehrgebärenden. Zentralbl. f. Gyn. 1906, S. 1095.
35. **Liepmann, Wilhelm:** Handb. Bd. 3, 1914. Die eingebildete Schwangerschaft. Ein Paradigma für moderne psychogenetische Anschauungen in der Gynäkologie. Med. Klinik, 1923, S. 1095.
36. **Marandon de Monttyel:** Un cas de fausse grossesse par crainte de la maternité. Revue de l'hypnotisme et de psychologie, 1896/97, Zit. nach Kurt Boas.
37. **Mayer, Aug., Tübingen:** Ueber Störungen von Menstruation und Schwangerschaft durch psychische Alterationen. Zentralbl. f. Gyn., 1917. Nr. 24, S. 569.
38. **Meyer, Robert:** Zur Lehre von der Ovulation u. der damit in Beziehung stehenden pathologischen Vorgänge am Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, am 27. 2. 1920. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1920, Bd. 53, S. 404.
39. **Mayr, Jul. K.:** Die Erscheinungen an der Haut bei inneren Krankheiten. (Vogel, Leipzig 1926) S. 79 u. 80.
40. **Narich:** A propos de trois cas de fausses grossesses chez des femmes obires. „Le proges med." Nr. 27, p. 417.
41. **Neumann:** Zum Kapitel der eingebildeten Schwangerschaft. Friedrichs Blätter f. gerichtl. Medizin, 1910, Bd. 61, S. 124. Ref. Sexualprobleme, Zeitschr. f. Sexualwissenschaft u. Sexualpolitik von Dr. Marcuse, 7. Jahrg. 1911, S. 426.
42. **Olshausen:** In Veits Handbuch, 1902, S. 125.
43. **Pahl, H. J.:** Zur Kasuistik der eingebildeten Schwangerschaft. Petersburger med. Wochenschr. 1901 Nr. 34.
44. **Purnell, J. H.:** An imaginary pregnancy. Mississipi M. R., 1902.

45. **Rapin, O.:** Grossesse nerveuse suggestive; semaine med., 1901, Nr. 29.
46. **Rapin, O.:** Eingebildete Schwangerschaft, in „Der Frauenarzt" 1902, S. 300.
47. **Rezza:** Gravidanza nervosa in donna affetta da fibroma uterina. Lucina, Bd. 191, II. 1. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 42, S. 62.
48. **Richter, A.:** Ueber grosseusse nerveuse. Berl. klin. Wochenschr. 1913. S. 1881.
49. **Rievel:** Die Milch und ihre Absonderung. (Ellenberger und Scheunert), Lehrb. der vergl. Physiologie d. Haussäugetiere, 1910.
50. **Runge, W.:** Die Generationspsychosen des Weibes. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 48. Bd., S. 545.
51. **Siemerling:** Graviditäts- u. Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik. Bd. VI. 1906, S. 399.
52. **Graf Spee:** Anatomie u. Physiologie der Schwangerschaft. Im Lehrbuch der Geburtshilfe von A. Doederlein, München 1915. I. Bd. S. 11.
53. **Stier:** Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindl. Alters. Sammlung zwangloser Abhandlungen z. Neurologie u. Psychologie des Kindesalters i. H. 6. Fischer 1918.
54. **Strassmann:** Asthma phrenicum. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 33, 315, 1916.
55. **Thurnwald, R.:** Ueber die Entstehungsursache des Männerkindbettes. Ethno-psychologische Studien an Südseevölkern. Leipzig 1913.
56. **Uebele:** Handlexikon der tierärztlichen Praxis. 1910, S. 615.
57. **Vageler:** Hysterie bei Tieren? Die Umschau 1919, 42, S. 36.
58. **Veritza:** Respirationsneurose. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 12, S. 311.
59. **Wedemeyer:** Ueber Hundemilch. Berliner tierärztl. Wochenschr. 1906, Nr. 42.
60. **Wollenberg:** Graviditätspsychosen. Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 10, S. 487.
61. **Wulff, Hans:** To Tilfaelde de af Graviditas spuria. (Zwei Fälle von . . . .) Ugeskrift for Laeger, 1918, p. 547—555. Kopenhagen. Zit. nach Jahresbericht über die Fortschr. auf dem Gebiete d. Geb. u. Gyn. XXXII. Jahrg. über 1918, S. 76.

## Lebenslauf.

Am 14. März 1893 wurde ich in Trier geboren. Ich besuchte dort die Volksschule und das Friedrich-Wilhelm-Gymnasium, nach der Versetzung meines Vaters, des langjährigen Direktors der Taubstummenanstalt zu Aachen, Schulrat Paul Kockelmann, das Kaiser-Karls-Gymnasium zu Aachen, wo ich Ostern 1913 das Abiturientenexamen machte. Ich studierte dann in Bonn und Aachen Architektur und Kunstgeschichte, und meldete mich am 2. 8. 1914 als Kriegsfreiwilliger beim Ulanen-Regt. Nr. 5 in Düsseldorf. Seit November 1914 war ich dann bis zum Kriegsschluß an der Front, seit Sommer 1915 als aktiver Offizier bei meinem Heimatregiment Nr. 69 mit Leutnantspatent vom März 1914. Ich erwarb mir das Eiserne Kreuz 1. und 2. Klasse und das Verwundeten-Abzeichen und wurde wegen meiner Tapferkeit ins 100 000-Mann-Heer übernommen. Dort war ich beim 17. Braunschweigischen Inf.-Rgt. und beim Reiter-Rgt. Nr. 15 in Münster und Paderborn. In den Jahren 1925 und 1926 führte ich in Celle als Oberleutnant eine Ausbildungskompanie, 1927 und 1928 hatte ich beim Goslarer Jägerbataillon die Stelle des Hauptmanns beim Stabe inne, meine Beförderung zum Hauptmann erfolgte am 1. 4. 1928. Am 1. 4. 1929 mußte ich infolge innerpolitischer Notwendigkeiten im Reichsheer meinen Abschied einreichen bei aller Anerkennung meiner Verdienste und mit der Berechtigung zum Tragen der Uniform des Jäger-Bataillons in Goslar. Ich nahm dann sofort das Studium der Medizin an der Universität Münster i. Westf. auf, wo ich im Sommer 1931 die ärztl. Vorprüfung mit dem Prädikat „Gut" bestand. Seit 1921 bin ich verheiratet mit der Tochter des Hofbesitzers Dr. Fr. Böcker in Damme (Oldbrg.). Von meiner 1. Frau Agnes habe ich 2 Jungens im Alter von 12 und 8 Jahren und ein Mädel von diesem Jahr. Ab 1. 5. 33 gehörte ich über ein Jahr lang der Münsterschen SA an, wo ich als Sturmbannarztanwärter und als Adjutant des Brig.-Arztes 66 Dienst tat, seit August 33 mit dem Dienstgrad eines San.-Ob.-Truppführers. Im Dezember 1934 machte ich in Münster das medizinische Staatsexamen mit dem Prädikat „Sehr gut".

**Zum Schluß**

ist es mir angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. F. Kehrer für die freundliche Ueberlassung der Arbeit und die gütige Unterstützung herzlich zu danken.